مشكلات الإعاقة الحركية

وطـــرق الرعايـــة

اعداد

د/ فكري لطيف متولي

(الطبعة الأولى)



متولي ، فكري لطيف

مشكلات الإعاقة الحركية وطرق الرعاية

اعداد دكتور: فكري لطيف متولي

١٧ × ٢٤ سم

رقم الايداع : ١٩٠٤/ ٢٠١٨

ISBN:٩٧٨ – ٩٧٧ - ٠٢ - ٨٦٧٤ - ٦

طبع في جمهورية مصر العربية بمطابع دار المعارف

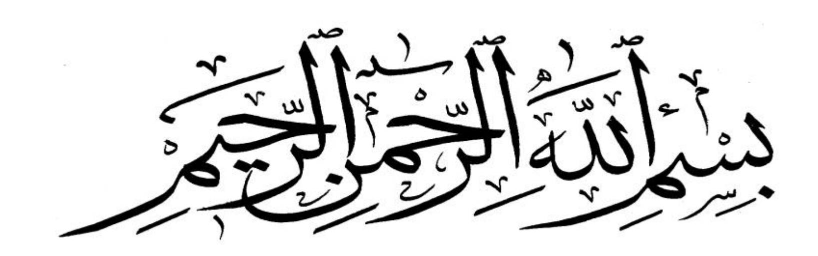
المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب

AIESA

Website: www.aiesa.org



المركز العربي للنشر و التوزيع



(وَعَلَّمَكَ مَا لَمْ تَكُنْ تَعْلَمُ وَكَانَ فَضْلُ اللّهِ عَلَيْكَ عَظِيماً)



سورة النساء : الأية (١١٣)

محتويات الكتاب

مقدمة :

تعد رعاية المعاقين حركياً من المشكلات المهمة التى تواجه المجتمعات إذ لا يخلو مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من أفراده، ومن يواجهون الحياة وقد أصيبوا بنوع أو أكثر من تصنيفات الإعاقة الحركية التى تقلل من قدرتهم على القيام بأدوارهم فى المجتمع على الوجه المقبول مقارنة بالأشخاص العاديين، كما صاحب وجودها تباينا فى وجهات نظر المجتمعات حيث لاقت هذه الفئة الكثير من المعاملات التى اختلفت باختلاف فلسفة كل مجتمع من المجتمعات، فتدرجت المعاملة مع هذه الفئة من الازدراء والقسوة ومحاولة التخلص منهم إلى الإشفاق عليهم، والتوجه إلى رعايتهم تحقيقا لمبدأ تكافؤ الفرص بين الأسوياء.

وتمثل فئة المعاقين حركياً للقائمين على تقديم الرعاية في أي مجتمع خدمة إنسانية في المقام الأول ؛ حيث لا تنحصر مشكلتهم في مجال تعليمهم فقط، بل تمتد لتشمل مجالات السلوك التكيفي، والذي يُعدُ أساساً مهماً لتواصلهم وتفاعلهم مع المحيطين بهم، وينعكس هذا التفاعل في قدرة التلاميذ على التعامل مع الآخرين بالسلوك الإيجابي المطلوب.

ونظراً لتزايد أعداد التلاميذ ذوي الاعاقة الحركية أصبح من الضروري البحث في البدائل التربوية التي تناسب هذه الفئة، لاسيما أن هناك توجهاً عاماً نحو برامج الدمج لدى كلٍ من المهتمين والتربويين لرعاية هؤلاء التلاميذ من الناحية النفسية والتربوية، في إطار بيئة أقرب إلى بيئة العاديين، وهذه من أهم أهداف التربية الخاصة.

الفصل الأول
أشكال الاعاقة الحركية

مما لاشك فيه أن الأفراد ذوي الإعاقة الحركية ، يعانون من أوجه قصور شديدة في خصائصهم النمائية (الانفعالية والسلوكية والجسمية والمعرفية)، والتي تنعكس سلباً على سلوكهم التكيفي، مما دفع الباحثين والممارسين إلى الكشف عن أهم مظاهر سلوكهم" اللاتكيفي" وأساليب تنمية سلوكهم الإيجابي من خلال البرامج المختلفة المقدمة لهم، ومدى فاعليتها في المدارس للتغلب على مشكلاتهم، وأثر تحسين البيئة من حولهم في تقدم وتحسن حالتهم. وكان لزاماً على الباحثين التعرف على مراحل النمو الحركي للطفل ليتبين لهم أوجه القصور .

مراحل النمو الحركي :

العمر	الحركات الكبري	الحركات الصغري
الشهر الاول	تحريك الرقبه	التركيز علي الوجهه
الشهر الثاني	رفع الرأس عند الاستلقاء	يلعب في ايده
الشهر الثالث	يمسك الشخشيخه	الغلق بيده علي اصابع من يقترب من يده
الشهر الرابع	يتعلم دعم الرأس وعمل كنترول	–

الشهر الخامس	يتقلب	_
الشهر السادس	يجلس بدون مساعد	وضع احد اصابع قدميه اتجاه فمه
الشهر السابع	الزحف الي الامام علي البطن	يغلق بقوه علي اي شئ يوضع في يده
الشهر الثامن	الوقوف مع وجود ساند له	_
الشهر التاسع	تواصل بصري حركي بين يده ولعبه يمد يده اليه	مسك مكعب براحه اليد كامله مع عدم اغلاق كف الايد عليه
الشهر العاشر	الززحف والوقوف علي الركبه	_
الشهر الحادي عشر	الوقوف لوحده جيدا	_
الشهر الثاني عشر	الوقوف واخذ خطواته الاولي	القبض علي الاشياء بالابهام والسبابه
الشهر الثالث عشر	يمشي افضل	_
الشهر الرابع عشر	يمشي جيدا دون مساعد	_
الشهر الخامس عشر	الطلوع علي الدرج	يستطيع وضع مكعب تركيب مكعبينيستطيع تيس
الشهر الثامن عشر	_	يستطيع تركيب مكعبين
الشهر العشرون	_	يستطيع تركيب ثلاث مكعبات

الشهر الثالث والعشرون	يجري	–
الشهر الرابع والعشرون	يقفز في المكان	يستطيع تركيب من خمس الي سبع مكعبات وغلق السوسته
الشهر السادس والثلاثون	يناور ويمسك الكره الملقاه إليه	يحمل القلم وقادر علي رسم وجه ويرسم خط مستقيم

تصنيفات الإعاقة الحركية :

أولاً : إعاقات الجهاز العصبي

١) استسقاء الدماغ :

الاستسقاء الدماغى هو تراكم للسائل النخاعى الشوكى الذى يفرز ويمتص بكميات متساويه تراكم هذا السائل داخل تجاويف المخ وتأثيره على نسيج المخ



قد تظهر الاعراض من الاشهر الاولى للولادة حيث يعانى الطفل من طرش وبكاء مستمره وزياده غير طبيعيه فى حجم الرأس ، وذلك بالنسبه للنوع الاول (congenital) واما النوع الثانى (acquired) اذا حدث فى سن متأخر فأنه لا يصاحبه تضخم فى الرأس بل

يكون هناك ارتفاع فى ضغط السائل مع طرش او صداع واعراض عصبيه مرافقه ، كما تلاحظ الام كبدايه للاستسقاء الدماغى ضعف فى حركة الطفل ، وعدم قدرته على أكمال الرضاعه بصوره طبيعيه واهم من ذلك زيادة جم الجمجمه بمعدل اسرع من المعتاد و فى حالة حدوث الاستسقاء الدماغى مبكرا وقبل التئام عظام الجمجمه تلاحظ الام ان الجزء الطرى الموجود فى مقدم الرأس مرتفع عن سطح الجمجمه ببضع مليمترات ويكون غير لين كما تلاحظ بداية نظر الطفل الى اسفل بصفه منتظمه وايضا وجود او ظهور جزء من بياض العين فوق الننى وفى الحالات المتأخره تظهر أورده فى فروة الرأس ويلاحظ كبر حجم الجمجمه مقارنة بحجم الوجه اما فى الحالات التى يكون فيها الاستسقاء الدماغى حادا يتكون فى وقت قصير ويحدث تدهور فى درجة الوعى وقيء مستمر وعدم القدره على تناول اى اطعمه او مشروبات ، ومن اثاره معاناة الاسره فى المقام الاول من صعوبة تربية الطفل فضلا عن الاعاقه التى قد يصاب بها المريض من فقدان البصر الحركه او الشلل او غيرها من الاعاقات

لا نستطيع ان نحدد نسبة انتشار المرض فى السودان لعدم وجود دراسه مكتمله توجد دراسات متفرقه ولكن المؤكد ان الحالات فى ازدياد ونحن نستقبل اغلب الحالات التى تأتى من انحاء السودان رغم ان هناك اقسام اخرى بمستشفى الشرطه والخرطوم بحرى ومدنى " لا نعرف حجم الحالات التى ترد اليها " ، ويرجع ليتحدث مرة اخرى عن حجم الحالات التى يتعاملون معها (فى كل عياده محوله ما بين " ٣-٤ " حالات اسبوعيا ولدينا ثلاث عيادات محوله اى ما يعادل " ١٠- ١٥ " حاله جديده) ،، ويرى دكتور بشير ان السبب فى

ارتفاع حالات المصابين ربما يرجع لارتفاع نسبة الوعى بين المواطنين واقبالهم على المستشفيات وعيادات الاطباء .

العلاج النهائى للاستسقاء الدماغى هو تركيب صمام بالمخ ما يسمى بعملية " شفط " وهو جزء من انبوبه بلاستيكيه لا تتفاعل مع الجسم يتم تركيبها داخل بطين المخ متصله بصمام يتحكم فى سريان ومستوى تدفق السائل من خلال الانبوبه وتنتهى هذه الانبوبه الى تجويف البريتونى بالبطن حيث يتم امتصاص هذا السائل يمكن ايضا فى بعض الحالات المنتقاه استخدام مناظير المخ ولكن فى سن اكبر من سنتين او ثلاث سنوات.

٢) التصلب العصبي المتعدد:



هو مرض ينتج من هجوم الجهاز المناعى للشخص على جهازه العصبي اى انه مرض ذاتى المناعه .

يقدر عدد المصابين بهذا المرض حول العالم بحوالي أكثر من مليون شخص، كما أن عدد المصابات من النساء يساوي تقريبا ضعف عدد المصابين من الرجال.

إذا كانت نوبات التصلب العصبي المتعدد بسيطة أو قليلة الحدوث، فقد يقوم الطبيب بملاحظة المريض وتقديم الإرشادات له فقط، أما إذا كان لا بد من

استخدام الأدوية، وبالإضافة للعلاج الدوائي، فهناك أيضا علاجات غير دوائية، من ضمنها :

أخصائيي العلاج الوظيفي:

للعلاج والتحكم ببعض الأعراض للإبقاء على نوعية حياة أفضل. لعلاج بعض أعراض الاضطرابات العصبية النفسية كالضغوطات العاطفية والاكتئاب.

العلاج الفيزيائي (الطبيعي):

للتدريب على المشي والحركة قد يقود إلى زيادة مشاركة ومساهمة مرضى التصلب المتعدد في المجتمع من خلال تقليل التعب الحاصل جراء المشي أو عند أداء أنشطة الحياة اليومية. معظم التدريب على المشي يتم على الأرض كأراضي الصالات الرياضية أو الأرض غير المتساوية.

الارشاد النفسي:

هو غالباً المسؤول عن إعادة التأهيل الشاملة لمرضى التصلب المتعدد.

نصائح للمريض:

النصائح التالية موجهة لمصاب التصلب العصبي المتعدد، عسى أن تخفف من الأعراض التي يعاني منها:

- احصل على فترات كافية من الراحة.
- مارس التمارين الرياضية إن أمكن(بعد استشارة الطبيب وتحت إشراف المعالج الطبيعي).
- ابتعد عن الحرارة، حيث إن درجات الحرارة القصوى تسبب ضعفا في العضلات، إلا أن بعض المصابين لا يصابون بانزعاج من الحرارة.

- تناول غذاء متوازنا، حيث إن ذلك يساعد على تقوية جهاز المناعة لديك.
- ابق على اتصال دائم مع العائلة والأصدقاء.
- مارس نشاطاتك اليومية المعتادة قدر الإمكان.
- مارس هواياتك قدر الإمكان.

٣) الشلل الدماغي أو الشلل المخي :

هو مصطلح جامع يشمل مجموعة من الإمراض لغير المعدية والتي تسبب إعاقة بدنية تطور الإنسان الشلل الدماغي (CP) ومصطلح يتضمن مجموعة من الحالات المرضية الحركية التي لا تتدهور وغير المعدية والتي تسبب عجز جسدي أثناء نمو الإنسان، وذلك في أجزاء مختلفة من الجسم مرتبطة بأداء الوظائف الحركية .

مظهر الشلل الدماغي:

ويصف الشلل الدماغي مجموعة من الاضطرابات المستديمة في تطور حركة الجسم ووضعه مما يسبب عجزًا في النشاط يرجع إلى اضطرابات لا تتطور إلى الأسوأ تعرض لها دماغ



الجنين قبل أن يخرج إلى الدنيا أو دماغ الطفل الصغير وهو في سنوات عمره الأولى. وعادةً ما يصاحب اضطرابات الحركة التي تحدث لمريض الشلل الدماغي اضطرابات في الإحساس والإدراك الحسي والإدراك المعرفي .

انتشار الشلل الدماغي:

أوضحت دراسة أخرى أن معدل حدوث الإصابة بالمرض في ستة من الدول التي تم تقدير نسبة الإصابة فيها كان يتراوح ما بين ٢,١٢ % و٢,٤٥% لكل ألف مولود من المواليد الأحياء، الأمر الذي يكشف عن زيادة طفيفة في معدلات الإصابة بالمرض في السنوات الأخيرة. وقد ساعدت التطورات التي طرأت على مجال تمريض حديثي الولادة في الحد من أعداد المواليد المصابين بالشلل الدماغي. ومن ناحية أخرى، ازدادت أعداد المواليد ناقصي وزن الولادة بشدة؛ ويعتبر هؤلاء الأطفال هم الأكثر عرضةً للإصابة بالشلل الدماغي.

علاج الشلل الدماغي:

لا يوجد علاج معروف لأي نوع من الأنواع المتعددة للشلل الدماغي أو لأنواعه الفرعية. وغالبًا ما يقتصر التدخل الطبي في حالة الإصابة بهذا المرض على الوقاية من حدوث المضاعفات التي تنتج عن تأثيرات الإصابة بالشلل الدماغي، ومحاولة علاج هذه المضاعفات في حالة حدوثها. ولكن توجد أنواع متعددة من العلاجات يمكن أن تساعد الشخص المصاب بهذا الاضطراب المرضي في أن يعيش ويقوم بالمهام المطلوبة منه في الحياة بشكل أكثر كفاءة. وبوجه عام، كلما بدأ العلاج مبكرًا، سنحت الفرصة للأطفال المصابين بهذا المرض أن يتغلبوا على إعاقات النمو التي يعانون منها أو أن يتعلموا أساليب

جديدة تجعلهم يتمكنون من أداء المهام التي يقف المرض عائقًا أمام قيامهم بتا. ويمكن أن يبدأ التدخل العلاجي الفعال منذ دخول المولود إلى وحدة العناية المركزة الخاصة بالأطفال حديثي الولادة (Neonatal Intensive Care Unit؛ والتي تتم الإشارة إليها اختصارًا بالحروف .(NICU ويمكن أن يشتمل العلاج على واحد أو أكثر من الإجراءات التالية: العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق واستخدام الأدوية.

٤) الصلب المشقوق :

أسماء عديده لمصطلح جديد بدأنا نسمعه بشكل متكرر فى الأونه الاخيره وهو عيب خلقى نتيجه وجود فتق فى العمود الفقرى وقد أخذ هذا الاسم من كلمه (بين الصلب والترائب) ، بعد القضاء على شلل الأطفال من خلال حملات التطعيم. أصبح الصلب المشقوق هو السبب الرئيسى لمن نراهم من الاطفال وهم يستخدمون الكراسى المتحركه والمشكله الرئيسيه لدى هؤلاء الأطفال هى شلل الجزء السفلى من الجسم ولكنهم طبيعيون فى قدراتهم الفكريه قادرون على التعلم والحياه الطبيعيه.

اصابات وأسباب : –

الحاله ليست نادره ففى كل ألف مولود هناك طفل مصاب بالصلب المشقوق فهناك تقريبا 500 طفل يولدون سنويا مصابين بالصلب المشقوق ويمكن انقاص هذا العدد الى أكثر من النصف بتناول حمض الفوليك قبل الحمل لجميع النساء لمتزوجات.



يحدث نتيجه عدم انغلاق الأنبوبه العصبيه وعدم انغلاق قوس الفقره وذلك يحدث بعد الاسبوع الرابع من الحمل " أى قبل أن تكتشف المرأه حملها " وحدوث هذا الخلل مبكرا يجعل علاجه صعبا .

الأسباب غير معروفه ولكن الدراسات والبحوث أظهرت عددا من المسببات التى تزيد من احتمال حدوث الحاله ومنها : نقص حمض الفوليك – التعرض للأشعه – الادويه وخاصه مضادات التشنج _ الوراثه تأثير حمض الفلويك

قد أثبتت الدراسات أن استخدام حمض الفوليك يقلل من الاصابه بالصلب المشقوق والأن المرأه لا تكتشف حملها الا بعد حدوث الاصابه فان تناول حمض الفوليك لا يمكنه علاج ما حدث لذلك يسمح باستخدام حمض الفوليك " 4.0 ملغم " لجميع النساء فى مرحله الخصوبه وقبل الحمل بعده أشهر وأما من كان لديه طفل مصاب فينصح لها باستخدام جرعه عاليه من حمض الفوليك" 4 ملغم " يوميا قبل الحمل بشهرين بالاضافه الى الأغذيه الغنيه بحمض الفوليك .

تكون الاصابه فى أى منطقه فى العمود الفقرى ويختلف حجم الاصابه وشكلها فقد تكون صغيره وفى فقره واحده أو كبيره وفى عده فقرات وبحسب مكان الاصابه ونوعها تختلف التأثير أو حجم الاعاقه .

هناك عده أشكال للصلب المشقوق ولكنها لا تعنى أن الأغراض متشابها ومنها :

- الصلب المشقوق المستمر Spina bified occulta
- التورم السحائى Meningocele
- التورم النخاعى السحائى Myelomeningocele

٥) شلل الأطفال :

هو مرض فيروسي معد، تتراوح شدته من عدوى بسيطة إلى مرض يصحبه شلل رخوي في الأطراف خصوصا السفلى من الجسم. وينتج شلل الأطفال عن الإصابة بالفيروس السنجابي (بالإنجليزية: poliovirus).



الانتشار :

هو فيروس شديد العدوى ينتقل من شخص إلى آخر عبر عدة طرق تشمل التواصل المباشر بين شخص مصاب وآخر سليم، وعبر المخاط والبلغم من الفم والأنف، وعن طريق البراز الملوث، بالإضافة إلى الطعام والماء الملوثين

بالفيروس.

يدخل الفيروس الجسم عبر الفم أو الأنف، ثم يتكاثر في الحلق والأمعاء وبعدها يتم امتصاصه إلى الجسم وينتقل عبر الدم إلى باقي أجزائه. وفي العادة فإن فترة حضانة الفيروس (المدة الزمنية من دخوله الجسم إلى بدء ظهور الأعراض) هي ما بين 5 و35 يوما، ولكنها في المتوسط من أسبوع إلى أسبوعين.

قابليه الاعاقه للتأهيل :

يعتبر التطعيم السلاح الأساسي للوقاية من المرض، ويتم عبر إعطاء الشخص فيروسات المرض التي تم "عدم تفعيلها"، وبالتالي أصبحت غير قادرة على التسبب في الأذى للشخص، لكنها كافية لتحفيز جهاز المناعة على تكوين أجسام مضادة تتعرف على الفيروس وتهاجمه وتقضي عليه. تمكن العالمان يوناس سولك وبعده ألبرت سابين في اختراع لقاح ضد شلل الأطفال، ويعتبر أحد أهم الاكتشافات الطبية في تاريخ الطب.

– التطعيمات الخاصة بالمرض عبارة عن خمس جرعات تعطى على النحو التالي :

الجرعة الأولى عند عمر خمسة وأربعين يوماً .

الجرعة الثانية عند عمر ثلاثة أشهر.

الجرعة الثالثة عند عمر خمسة أشهر.

الجرعتان الأخيرتان في عمر سنة ونصف والأخيرة بعد الأربع سنوات

في حال انتشار المرض أو في حال الاشتباه، يتم إعطاء جرعتين منشطتين من اللقاح بفاصل شهر بين الجرعتين لجميع الأطفال دون الخامسة من العمر

بغض النظر هل سبق تطعيمهم أم لأ.

٦) الصرع :

علميا هو الخلل الحاصل فى نقل الشارات الكهربائيه داخل الدماغ ،وهذا الخلل الحاصل في عمليه الكهربائيه الدماغيه ينتج عن تشكل البؤره الصرعيه و التي تم تعرضها للاصابه ومنها يكون البدء لتتعمم علي الكامل من النشاط الكهربائي الدماغى لاحقا .مرض الصرع غالبا وبشكل عام



يظهر فى سن الطفوله او لدى البالغين فوق عمر ٦٥، وهذا لا يلغى امكانيه ظهوره فى اى مرحله عمريه اخرى ، والذى من الممكن حين تلقى علاجه المناسب والصحيح ان يتم تجنب نوباتة او التقليل منها ومن حدتها وحدوثها ، الاشاره بان الكثير من الاطفال المصابين بالصرع يتعفون من حمرض الصرع فى مره البلوغ . ويحدث غالبا الخلط ما بين الصرع والتشنج فلتشنج هو من اعراض مرض الصرع فحين ان الصرع هو الاستعداد الذى يقوم به المخ لينتج الحشنات المفاجئه من الطاقه الكهربائيه التى توثر فى اصابه وظائف المخ الاخره بالخلل . فاصابه شخص بنوبة التشنج واحده لا تعى بلضروره بان يعانى من مرض الصرع ،فالاصابه بمره واحده بالتشنج قد يحدث بفعل اسباب متنوعه مثل التعرض الراس باصابه شديده ، ارتقاع درجه حراره ، نقص الاكسجين .

فى حين ان الصرع عباره عن اصابه مستمره والذى يوثر على الاماكن والاجهزه الحساسه فى المخ مما ينتج اختلالا فى النشاط .

انواع :

١- الصرع العام: ويشكل نسبه ٣٠% من بينى الاشخاص المصابين بالصرع، فى هذا النوع يتعرض المصاب لفقدان الوعى والقيام بحركات لااراديه بشكل مفاجئ دون اى مقدمات .

٢- الصرع الجزئى : ويشكل نسبه ٧٠% من بين الاشخاص المصابين بالصرع ، ويتميز هذا النوع بزياده الشحنات الكهربائيه بجزء واحد من المخ، كالاصابه بصرع الفص الخلفى للمخ ، او صرع الفص الامامى .

الاعراض :

١- التشنج وهو من اهم الاعراض.

٢- فقدان المصاب لوعية : وهذا العرض يكون فى حالات الصرع الكبرى .

٣- خروج ماده بيضاء من فم المصاب .

٤- ارتفاع درجه حراره المصاب .

٥- انخفاض نسبه السكر فى الدم .

علاج الصرع:

تعتمد الأدوية على نوع الصرع الذي يعاني منه المريض، وتبعًا لذلك، يقوم الطبيب بوصف أدوية مختلفة حسب حالة المريض. أكثر الأدوية شيوعًا للتحكم في نوبات الصرع هي مضادات التشنجات. وتشمل العوامل التى تؤثر على نوع الدواء الذي يتم تحديده للمريض على نوع الصرع وتكلفة الدواء وحالة المريض

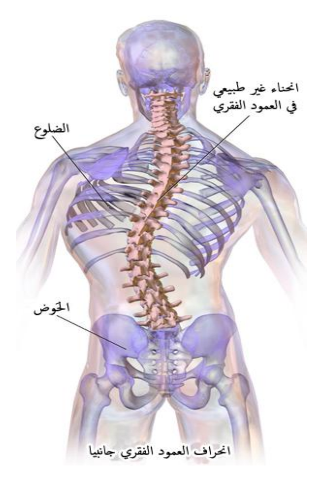
الصحية. يتطلب تعديل الوصفة العلاجية للمريض بصفة مستمرة للمريض بعد البدء في العلاج. قد تحتاج بعض الأدوية إلى متابعة دورية وفحوصات معملية. قد لا يتم وصف مضادات التشنجات للمريض إلا عند احتمالية حدوث نوبات صرع قد تؤدي إلى إصابة بالدماغ، أو إذا كان للمريض تاريخ عائلي بالصرع.

علاجات أخرى مع الأدوية قد يتم استخدام أنوع أخرى من العلاج بجانب الأدوية مثل:

- نظام غذائي مولد للكيتون .
- اتباع نظام غذائي غني بالدهون قد يساعد بعض حالات صرع الأطفال الذين يعانون من نوبات صرع المفرطة. ينصح القليل من الأطباء بهذه الحمية بينما لا ينصح بها البعض الآخر.
- تحفيز العصب الحائر يمكن استخدام جهاز تحفيز للعصب الحائر مع الأدوية أو بعد العملية الجراحية.
- الرعاية في المنزل : من الضروري أن يحصل المرضى على رعاية وعلاجات منزلية كافية في حالة إصابتهم بنوبة صرع في المنزل. عندما يعاني المريض من نوبة.

ثانياً : إعاقات الجهاز العظمي

٥) الحدب :



الحدب من التشوهات المتعلقه بالقامه وهو يصف خروج الظهر ودخول البطن في الأسابيع الستة إلى الثمانية الأولى من الحياة الجنينية، يحدث خطأ وراثي يتسبب في فشل تشكيل أو فشل تجزئة الجزء الأمامي لواحدة أو أكثر من أجسام الفقرات والغضاريف. يسبب هذا الخلل ظهور زاوية إعوجاج حادة إلى الأمام خلال نمو العمود الفقري. ويطلق على الانحناء إلى الأمام في العمود الفقري مرض الحدب ويعتبر ذلك عيبا خلقيا حيث حدث قبل الولادة. لا يتم وراثة هذا النوع من الحدب الخلقي خلال الأسر ولكنه يعتبر علة حدثت دون سبب معروف. قد يبدو العمود الفقري مستقيما عند النظر إليه من الأمام، أو قد يكون هناك نوعا أخر وهو الجنف الخلقي.

الشخص الاحدب هو الذى يكون لديه زياده فى التقوس الطبيعى للخلف فى المنطقه الظهريه ويمكننا القول باه التقوس او الانحناءه او الاستداره الزائده للظهر الى الخارج.

انحرافات العمود الفقري الأقل من ١٠° تصيب ٣-٥ من ١٠٠٠ شخص. وبالنسبة للإنحرفات اقل من ٢٠° فهي تقريباً متساوية في الاناث والذكور. اما الانحرافات الأكبر من ٢٠° فهي تصيب شخص واحد من بين ٢٥٠٠ شخص. وبشكل عام، تصاب ٢% من الإناث بالمرض. بينما يصاب ٠,٥% من الذكور .

علاج الحدب يعتمد على شدة درجة زاوية الانحناء ونوع الجنف، مثلاً الجنف الثانوي يكون العلاج بالدرجة الأولى موجه ضد المرض المُسبب للجنف. توجد علاجات تحفظية وإذا فشلت لا يوجد علاج سوى العملية الجراحية.

و العمل الجراحي يقوم على وضع جهاز مفصلي من المعدن بالإضافة إلى أحد اضلع المريض الذي يقطع إلى قطع تساعد ياضافتها إلى الجهاز بتقويم الفقرات وتخفف من حدة انحناء العمود الفقري ولكن بدرجة معينة. كما نرى في الصورة جانبا .

علاج الحدب الغامض الطفولي حسب درجة زاوية الانحناء :

- إذا كانت زاوية الانحناء أقل من ٢٥°، تتم مُتابعته وحساب زاوية الانحناء في الأشعة السينية X-Ray على فترات زمنية مُنتظمة.
- إذا كانت زاوية الانحناء أكبر من ٢٥°، يتم استخدام الحزام لتصحيح الانحناء وهناك أنواع متعددة منه.
- تصحيح الانحناء جراحياً يتم بعد فشل العلاج التحفظي (الطرق السابقة) وزيادة درجة زاوية الانحناء.

٦) مشكلات المفاصل :

التعريف بالتهاب المفاصل: هو التهاب في غشاء المفاصل يتسبب في حدوث درجات متفاوتة من الألم، ويقيد حركة المريض، حيث يكون له تأثير على الأنشطة الطبيعية التي يقوم بها الشخص، ويمكن أن يكون الالتهاب جرثومياً، أو ناتجاً عن سبب آخر معروف أو مجهول، وقد يصيب مفصلاً أو أكثر.



التهاب المفاصل (arthritis) هو التهاب يمكن أن يصيب الركبتين، مفاصل كفّ اليد، أو قسما من العمود الفقري. النوعان الأكثر انتشارا من التهاب المفاصل هما: الفُصال العظمي (Osteoarthritis) والتهاب المفاصل الروماتويديّ (Rheumatoid arthritis). الوجع والتيبّس (قساوة – Hardness) في المفاصل – هي الأعراض الأساسية لالتهاب المفاصل. أنواع أقل انتشارا من التهاب المفاصل قد تكون نتيجة لمشاكل طبية أخرى، تصيب أجزاء أخرى من الجسم، مثل: مرض الذِّئبة (Lupus) الذي قد يصيب الكلى والرئتين والمفاصل، مرض الصُّداف (Psoriasis) الذي هو مرض جلديّ بالأساس، يؤثر أحيانا على المفاصل أيضا.

أبرز أنواع التهاب المفاصل: التهاب المفاصل الروماتيزمي: يعد هذا المرض من أكثر أنواع التهاب المفاصل شيوعاً في العالم، وتتطور هذه الحالة بين سن العشرين والخمسين.

الأسباب: ينجم هذا الشكل من أشكال التهاب المفاصل – على الأرجح – عن مهاجمة الجهاز المناعي لنسيج بطانة المفصل.

الأعراض: - ألم وتورم في المفاصل الصغيرة لليدين والقدمين. - وجع أو تيبس عام خاصة في الصباح وبعد فترات الراحة. - تورم وألم وسخونة في المفاصل في بداية النوبة.

الأسباب: هناك ستة عوامل أساسية تسهم في زيادة فرصة الإصابة بهذه الحالة: الجنس؛ حيث الإصابة عند الإناث أكثر منها عند الرجال. الفترة العمرية بعد سن الخامسة والأربعين. إصابات المفاصل نتيجة جهد جسدي أو إصابات الرياضة. البدانة. عوامل وراثية (وتتضمن إصابة الغضاريف وضعف المفاصل). الأمراض التي تغير من طبيعة تكوين الغضاريف.

علاج التهاب المفاصل: يتمثل علاج التهاب المفاصل بالأمور الآتية:

١- تناول العقاقير المضادة للالتهاب: وهناك العديد من العقاقير التي تساعد على تخفيف الألم، ولكن يجب استخدام العقاقير حتى ينتهي الألم فقط، ولا بد من استشارة الطبيب لإعطاء المريض الدواء المناسب للحالة الخاضعة للتشخيص.

٢- العلاج بالدفء والبرودة: حيث يقوم الماء البارد بتسكين الألم، خاصة إذا كان المرض في بداياته، إذ يمكن وضع بعض الثلج في (كيس بلاستيكي) ثم وضع منشفة عليه، ووضع الكيس على المكان الذي يصدر منه الألم أكثر من مرة في اليوم، ولكن ليس لمدة أطول من(١٠) دقائق في كل مرة. وبعد انتهاء الألم الشديد؛ يمكن استبدال الماء البارد بالماء الدافئ، حيث إنه يساعد على ارتخاء العضلات التي تحيط بالمفاصل المصابة والتي تسبب

الألم، ويمكن أن يساعد في تخفيف الأعراض أكثر من الماء البارد (المثلج)، ولكن أيضاً لمدة لا تزيد عن(١٠) دقائق في كل مرة.

٣) هشاشة العظام :



هى احد امراض العظام الخطيره التى تصيب الانسان فهى تجعل العظام اكثر هشاشة وضعيفة بحيث انها قابلة للكسر بسهوله عند تعرضها لاقل الصدمات واكثر ما يتعرض للكسر من العظام هى(عظام العمود الفقرى _عظام الحوض_عظام الفخد) وهى ايضا عباره عن سحب المعادن من العظام وانخفاض مستوى كثافتها وجعلها هشة فيسهل كسرها ويصعب التئامها

مظهر هشاشة العظام:

١. يتضمن الناتج عن فقد هرمون الاستروجين عن طريق انقطاع الدورة او توقف او قلة المبيض او استئصال المبيض.
٢. عبارة عن هشاشة العظام ثانويا لبعض الامراض مثل (الشيخوخة –زيادة افراز الغده الدرقية_الرومتزم).
٣. عظام اولى يمكن ان يحدث فى الجنسين فى كل الاعمار لكن غالبا يحدث عند النساء بعد سن توقف الحيض ويحدث فى سن متاخر عند الرجال.

انتشار هشاشة العظام:

١- ان انتشار هشاشة العظام امرا خطيرا.

٢- ان يصيب النساء اكثر من الرجال لاصابة العظام الاجهاديه بسبب بيئتهن الهرمونيه ويسمى بالمرض(الصامت).

٣- وبعد عمر ٣٥ سنه ينقص بمعدل١% عند الرجال والنساء وعند وصول النساء الى سن الياس يزيد معدل النقص ليصل ٣-٥%.

قابلية الاعاقه للتاهيل:

يمكن علاج هشاشة العظام عن طريق:

١- استهلاك ما يكفى من الكالسيوم

٢- الحصول على فيتامين D

٣- اتباع نظام صحى لتقويه العضلات

٤- الامتناع عن تناول المشروبات الكحولية

٥- التقليل من استهلاك الكافيين

٦- الامتناع عن التدخين

٤) تشوه القدم عند الأطفال :

يشمل غالباً ميلان القدم نحوالداخل بما في ذلك العظام والمفاصل و الأوعية الدموية للقدمين و لا توجد وسيلة للوقاية من هذا التشوه حتى الآن ويحصل على مستوى مفصل الكاحل والقدم ، و يُولد به الطفل .

هذا التشوه يمكن أن يكون في قدم واحدة أو كلا القدمين، ونسبة حدوثه هي حالة واحدة لكل ٨٠٠ ولادة، ويكثر بين الذكور مقارنة بالإناث، وتزداد نسبته إذا كان له تاريخ عند بعض أفراد العائلة وهو تشوه ولادي وحيد أو ثنائي الجانب (أي يصيب قدم واحدة، أو كلتا القدمين) وعلى العموم تكثر الإصابة لدى المولودين من الذكور نسبة للإناث (النسبة ٣ ذكر/١ أنثى) .



أسباب هذا التشوه :

الأسباب الحقيقية غير معروفة و يمكن أن تصيب أي طفل و هناك عومل مؤهبة مثل سوء وضع الجنين داخل الرحم كحالات الحمل التوأم و نقص كمية السائل الأمنيوسي و هو تشوه معزول عادةً أي لا يترافق مع تشوهات أخرى إلا في حالات قليلة و أحياناً هناك استعداد عائلي للحالة و تصيب الذكور أكثر من الإناث.

احتمال ولادة الطفل الثاني و هو يحمل هذا الشوه ١٠-١٥% اذا كان الابوين يحملان مورثة هذا المرض خاصة في حال زواج الاقارب المنتشر ببلدنا

لاسباب الاخرى للتشوه غير الوراثية:

- الانجاب بعد سن الثلاثين.

- اخذ بعض الادوية المشوهة اثناء الحمل.
- نقص الاكسجة في الاشهر الاخيرة من الحمل.
- حالات الاعتلال القشري الدماغي.
- عواقب شلل الاطفال الناجم.
- عواقب التهاب السحايا و الحمات الاخرى.
- اعتلال اعصاب محيطي.
- حالات الشلل التشنجي.
- حالات تعدد التوائم.
- القيلة السحائية.
- بعض الأورام الدماغية.
- الانسمام الحملي و ارتفاع الضغط داخل الرحم اثناء الاشهر الاخيرة من الحمل.
- ضمور الرئة و امراض الجهاز التنفسي بعد الولادة.

العلاج :

العلاج المبكر هام جداً منذ الأيام الأولى للولادة و يقوم به طبيب الجراحة العظمية، و يقوم بتقويم تدريجي للقدمين بواسطة الجبائر، و العلاج طويل لأشهر و أحياناً سنوات حسب درجة التشوه ، و التشوه لا يشفى عفوياً دون علاج و الحالات الشديدة قد تحتاج للجراحة.

خطة المعالجة :

بعد الولادة وخلال الـ ٢٤ ساعة الأولى وبعد التأكد من التشخيص يجب إجراء تمارين فرط الإصلاح وتشمل على تمطيط الأنسجة القصيرة والمشدودة سواء

كانت أربطة أو أوتار.. ومن ثم محاولة تثبيتها بلواصق إن توفر ذلك، وذلك بوضعية الإصلاح .. وهذه التمارين تُجرى من قبل الطبيب الأخصائي بالجراحة العظمية أمام الأهل، ومن ثم على الأم متابعة ذلك، كما يقوم المعالج الفيزيائي بإجراء ذلك، بعد أخذ التعليمات من قبل الطبيب الأخصائي، تكرر التمارين عدة مرات يومياً، ونستمر بها طالما أن التشوه يتطور نحو الأحسن، حتى عمر ٤-٥ أشهر وعندها يجب أن تكون القدم المشوهة شبه شافية لكن الشفاء قابل للنكس ولهذا يجب مراقبة الحالة ومتابعتها بأن يضع الطفل حذاءً طبياً مصححاً وداعماً نهاراً، وجبيرة دينس براون ليلاً، أو يضع حذاءً متحركاً في أقسامه ليلاً ونهاراً يُدعى بالحذاء.

١٠) البتر :



إزاله احد اطراف الجسم ، بمعنى : إزاله العضو كاملا او جزء منه بعد إصابه جسديه او جراحيه . وهى وسيله لمكافحه الم او مرض فى الطرف مثلا : السرطان – الغر غرينا .

مظهر البتر



الاطراف السفليه :

- بتر ال (القدم – اصبع اقدم – منتصف القدم – بتر الساق – بتر الفخذ – بتر الحوض).

الاطراف العلويه :

بتر ال (فصل الرسغ – عظمه الساعد – عظمه العضد – الكتف)

نسبه انتشاره تعاظمت مع نسبه المعاقين على كافه المستويات ، وتعاظمت نسبه المعاقين فى العالم اليوم الى ما يعادل ١٣،٥% من مجموع سكان العالم ، ومن الممكن ان تصل الى ١٥% .. و على هذا فعدد المعاقين فى العالم اليوم يصل ال ٩٠٠ مليون شخص . تقوم فلسفه التأهيل على تقبل الفرد المعاق كإنسان له حياه وكرامه وله كيانه الخاص .

واى بتر فى الاطراف مع التدريب المستمر والتأهيل الشامل له النفسى والعملى سوف يتحدى تلك الاعاقه ويصبح شخصا قريب من العاديه يكاد يكون احسن منه .

١١) لين العظام :

هو مرض يصيب الكبار، وعندما يصيب الأطفال يسمى بالرخد (أو الكساح)، يحدث نتيجة نقص في كمية الفيتامين "د" المتناول مع الغذاء، وكذلك الكالسيوم. ويؤدي نقص الفيتامين "د" إلى نقص في كمية الكالسيوم والفوسفور الممتصين من الأمعاء، وبالتالي يضطر الجسم لسحب كميات من الكلس من الهيكل العظمي، للمحافظة على مستوى طبيعي لكلس الدم. وتصبح عظام الجسم مكونة من صفيحات مؤلفة غالباً من نسيج

نظير العظمي قليل التكلس. ويكثر مقدار النسيج الليفي في نقي العظام، ويشكو المريض من ألم في العظام، ومن حصول تشوهات فيها، كما يكثر حدوث الكسور. وتبدي الصور الشعاعية نقصاً في تكليس الهيكل العظمي.

من العلامات الكيميائية لمرض لين العظام هو احتمال انخفاض كالسيوم الدم وكذلك الفوسفور وارتفاع انزيم الفوسفاتاز القلوي ولكن هذا ليس شرطا دائماً، إذ يمكن مشاهدة هذا المرض مع نسبة الكلس الطبيعية في الدم، وممن أن يكون انخفاض نسبة الفوسفات وأنزيم الفوسفاتاز القلوي ومعدل الكلس في الدم راجعاً لأسباب أخرى غير لين العظام.

التأهيل :

١. الاهتمام بتعريض الجسم للشمس المباشرة صباحاً وعصراً، وهي فترات تسقط فيها أشعة الشمس بصورة مائلة إلى الأرض وينصح بتفادي فترات القيظ حيث تسقط الأشعة عمودية على الأرض ، هناك نظريات علمية تؤكد أن تعرض الوجه والذراعين لمدة ١٥ دقيقة ولثلاث مرات في الأسبوع توفر للجسم مخزونا كافيا من فيتامين د، غير أن نظريات طبية أكثر تحفظا تقدر بأن تعريض الجسم لساعة يوميا هو خير وقاية من هذا المرض.

٢. إن التغذية تلعب دوراً هاماً في توفير مصادر غنية بفيتامين د، مثل: كالأسماك وزيت كبد الحوت والألبان الطازجة المبسترة والمعززة بفيتامين د والزبدة والأجبان وتمثل هذه المصادر خاصة للأطفال والأمهات الحوامل والمرضعات كذلك لكبار السن، ويجب التمسك بالرضاعة الطبيعية للطفل نظراً لفوائدها المتعددة بشرط حرص الأم على التغذية الصحية السليمة

وينصح بشكل عام بتنظيم الإنجاب وإتاحة فترات بين الوضع والحمل الآخر لكي يتمكن جسم الأم من تكوين مخزون مناسب من العناصر الغذائية المختلفة

٣. إن جرعة وقائية من فيتامين د تقدر بحوالي ٤٠٠ وحدة دولية يومياً توفر وقاية مناسبة للطفل، غير أن ذلك بالقطع يخضع لتقدير الطبيب الاختصاصي، والذي حتماً سيقدم العون المناسب للأم وطفلها سواء للوقاية أو لتشخيص المرض وعلاجه، ويجب على كل أم أن تكون حريصة على استشارة اختصاصي تغذية، سواء أثناء الحمل أو إرضاع الطفل، حيث أن ذلك يوفر لها فرصة جيدة للوقاية من هذا المرض.

يجب عدم الاستهانة بمرض لين العظام والتأخر في علاجه؛ لأن للمرض مضاعفات كثيرة، مثل: تعرض الطفل للكسور المتكررة من دون أي سبب، أو حدوث تشوه في عظام الطفل، أو آلام في العظام والعمود الفقري أو التهابات في الرئة، لذلك، يجب أن تتابعي صحة طفلك دائماً، ولا تتأخرين في علاج أي مرض قد تشكين في إصابة طفلك به، وبفضل الوقاية من لين العظام؛ كي تستطيعي أن تجنبي طفلك التعرض لهذا المرض.

ثالثاً : إعاقات العضلات

١) الوهن العضلي :



تعريف الوهن العضلي : يحدث فيه الضعف بسبب انتشار الأجسام المضادة التي تسد مستقبلات الأستيل كولين الخلف – مشبكية في الموصل العصبي العضلي، وبذلك تمنع التأثير المنشط للأستيل كولين .يتم علاج الوهن العضلي الوبيل بمثبطات الاستيل كولينستراز أو مثبطات المناعة، وفي حالات خاصة يتم استئصال التوتة .يتراوح معدل وقوع المرض بين ٢٠٠ و ٤٠٠ حالة لكل مليون نسمة، وهي واحدة من أقل اضطرابات المناعة الذاتية شيوعاً. يجب تمييز الوهن العضلي الشديد عن المتلازمة الوهنية الخلقية التي يمكن أن يكون لها أعراض مماثلة لكنها لا تستجيب لمثبطات المناعة.

المظاهر : زيادة أو نقص نشاط عمل الغدة الدرقية.

الانتشار: المرضى الذين لديهم متوسط عمر متوقع طبيعي، باستثناء تلك التي لها الخبيثة (والذي هو أقل من متوسط العمر المتوقع على حساب من نفسها وعلى خلاف ذلك لا علاقة لها الوبيل). نوعية الحياة يمكن أن تختلف تبعا لشدة وسبب. الأدوية المستخدمة للسيطرة على المجموعات إما تقليص فعاليتها بمرور

الوقت. وهناك نسبة ضئيلة (حوالي ١٠٠ ٪) من المرضى جيزن توجد لديهم اورام في الغدد والغدة الصعترية، وفي هذه الحالة thymectomy هو العلاج الفعال للغاية مع مغفرة طويلة الأجل. ومع ذلك، فإن معظم المرضى الذين يحتاجون إلى علاج للفترة المتبقية من حياتهم، وقدراتهم تختلف اختلافا كبيرا. وتجدر الإشارة إلى أن المجموعات لا يعتبر عادة مرض التدريجي. الأعراض قد تأتي وتذهب، ولكن الأعراض لا تحصل دائما على النحو أسوأ العصور المريض. بالنسبة للبعض، وانخفاض الأعراض بعد فترة زمنية من ٣--٥ سنوات.

التأهيل اللازم : يتاهل الوهن العضلي لذلك، فيجب الحصول على رعاية طبية طارئة تدعم عملية التنفس. .كما وأن هناك أدوية وأساليب علاجية لعلاج هذه الأزمات. ويذكر أن هذه الأزمات غالبا ما تحث على الإصابة بها الالتهابات وارتفاع درجات الحرارة والأعراض الجانبية لبعض الأدوية. وحاول أن يكون وقت تناولك للطعام هو الوقت للذي تشعر خلاله بقوة في عضلاتك. كما وحاول أن تقوم بأهم نشاطاتك أو بتلك التي تحتاج للكثير من الجهد في الأوقات التي تكون عضلاتك قوية أثناءها تحت تأثير دوائك.

٢) ضمور العضلات :

ضمور العضلات الشوكي مرض وراثي يصيب الأعصاب التي تظهر من الحبل الشوكي الموجود في العمود الفقري و



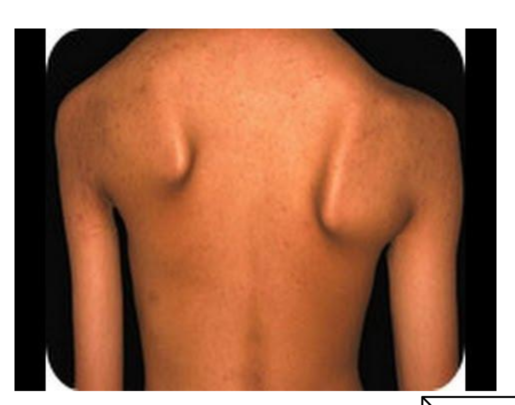
يظهر على شكل ضمور عضلات الأطراف مع ارتخاء شديد في العضلات. مرض ضمور العضلات الشوكي (إس إم إيه) يجعل العضلات في أجسام المصابين أضعف .وهذا يعني أن لدى الأشخاص المصابون بمرض (إس إم إيه)مشاكل تنفّسية ومشاكل في البلع المظاهر مرض ضمور العضلات الشوكي ناتج عن خلل(طفرة)، في جين يسمى اختصارا (إس إم أن SMn].

والمعلومات المتوفرة في هذا الوقت هو أن هذا الجين ينتج بروتين له دور مهم في الخلايا الأمامية للحبل الشوكي . والتي تتحكم بحركة العضلات الموجودة في أجزاء الجسم المختلفة عن طريق ألياف عصبية طويلة. فعند رغبت الإنسان مثلا في تحريك تلك العضلة فإن الخلية الأمامية ترسل إشارة كهربائية عبر ألياف عصبية لتحرك العضلة.

وعند ضمور الخلايا الأمامية فإن العضلات لا تستطيع الحركة ومع الوقت تضمر تلقائيا بسبب المرض. وبغض النظر عن الدور الحقيقي للبروتين المنتج من جين إس إم إن فان هذا البروتين مهم في استمرار الخلية الأمامية في أداء دورها. ومع أن ضمور الخلايا الأمامية متواصل فالمصابين بالمرض فان العبء عليها أيضا يزداد مع نمو الجسم و زيادة العضلات وحاجة الجسم للحركة. ولذلك فان الأمر يزداد تعقيدا فمع عدم الحركة وضمور العضلات فإن الهشاشة في العظم تزداد ويبدأ العمود الفقري بالانحناء نتيجة لعدم أداء العضلات لدورها المتوقع و الذي هو الحركة و الحفاظ على توتر(شد) العضلات العلاج والتأهيل حتى الان ليس هناك علاج يمنع المرض من الحدوث أو يزيله، ولكن يتم العلاج لتقليل تأثيرات المرض على الطفل

المصاب، ومنها: الرعاية الغذائية: التغذية للرضيع عن طريق الأنبوبة التغذوية الرعاية التنفسية :منع الألتهابات الرؤية، وعلاجها الوقاية من المضاعفات في المفاصل و العظام. العلاج الطبيعي : والهدف منها تقليل التقفعات والعاهات وتاخير حدوثها، المحافظة على القوة العضلية، الحفاظ على أقصى جهد وظيفي، زيادة الحركة للمفاصل والوظيفة بواسطة الجبائر، الحفاظ على زيادة سعة التنفس. النشاط الرياضي: الخمول يساعد على زيادة الشد العضلي والتشوهات، لذلك ممارسة بعض الرياضة ولو كانت بالمساعدة من الاخرين تشجع العضلات على استعادة بعض لنشاط والحيوية بها. جراحة العظام : قد يفقد الطفل القدرة على المشي نتيجة تيبس العضلات والمفاصل، لذى فقد يحتاج للتدخل الجراحي لتحرير الشد والتشوه حول المفصل ليعطي مجال أوسع لحرية الحركة، كما قد يحتاج الطفل للجراحة عند زيادة حدة تقوس العمود الفقري. القلب والأوعية الدموية: على الرغم من أن القلب . ليس مسبب رئيسي لمثل هذه الحالات ، ولكن اقترح وجود علاقة بين أمراض القلبو مرض ضمور العضلات الشوكي.

٣) الحثل العضلى:



هو مرض وراثى يصيب جميع انواع العضلات فى الجسم ويتميز بالضعف فى العضلات التى تبدأ من عضلات الحوض و يتطور بسرعه ليصيب جميع عضلات

الجسم ليؤدي الي اعاقه حركيه مبكره ويبلغ معدل الاصابه واحد من كل 35000 ولاده ونادر مايصيب النساء.

اسباب المرض:

السبب جهول ويتركز في وجود مورث غير طبيعي لماده الديستروفين وهي ماده بروتينيه في العضلات وينتقل عن طرق الكروموسومات الجنسي احدهما طبيعي ولكن الام الحامله لهذا المرض تنقل المورث لنصف اطفالها من الذكور وهناك احتماليه بنقل المورث لنصف بناتها

اعراض المرض:

ظهور علامات المرض بالفحوصات المخبريه او تحت المجهروقد يكون من سن الثانيه والثالثه من العمر وقد تأخر الاعراض في بعض الحالات وحيث تكون القدره العقليه للاطفال المصابين متوسطه ولكن احيانا يكون ذكائهم طبيعي او فوق الطبيعي:

- يصيب الضعف العضلات الطرفيه القريبه مثل (الكتف–الافخاذ) قبل الطرفيه البعيده مثل(الساعد–السيقان) والسفلي قبل العلوي حيث الطفل المصاب عاده ما يواجه صعوبه في الجري والقفز وصعود السلم قد يعتمد يديه لرفع جسمه لاعلي والانحناء في الظهور للخلف وتضخم العضلات الخلفيه وقد اشتكي من الالم في الارجل في بدايه المرض.
- اعتلال العضله القلب الاولي و مشاكل كهربيه القلب قد يصاب بها المريض في اوائل سن المراهقه (18–14)سنه وتزيد بعد سن 18 وغالبا ما يكون الاعتلال نتيجه لتلف في بعض انسجه القلب حيث يبداءالتليف في

جهه البطن الايسر وقد يكون عدم ظهور الاعراض بسبب قده المريض علي ممارسه الرياضه وعمل الحركات المتطلبه بعض الاجهاد

التشخيص:

يبدأ التشخيص مع ظهور الاعراض المميزه لهذا لمرض فضعف العضلات يبداء من منطقه الحوض والقدمين حيث يكون هناك صعوبه في الوقوف من وضع الجلوس حيث يكون معتمدا علي استخدام اليدين ثم يتطور ليصيب بقيت العضلات وهناك وهناك اعراض اخري مثل (التورم الكاذب) بعضله الساق وقد يحتاج الطبيب المعالج لاجراء بعض الفحوصات لتأكيد التشخيص.

كيفيه العنايه بالطفل المصاب:

يمر الطفل بمراحل متخلفه –مثل

١. العلاج الطبيعي بالطفل المصاب

لتحسين مرونه جسد الطفل والتقليل من حده تقلصات المفاصل التي تحدث بسبب ضعف العضلات

٢. اجهزه مساعده

الكرسي المتحرك الذي يعمل بالكهربه والدرجات الصغيره لتحسين قابليه الطفل الحركيه

٣. الكرتيزون

قد يقوم االطبيب بوصف دواء (prednisone) لكي في سن الخامسه والسادسه من عمر الطفل او عندما تضعف قدره الطفل ولهو اثار جاذبيه مثل زياده في الوزن الذي قد يضيف عبء اضافيا علي العضلات الطفل الضعيفة.

العلاج:

- العلاج الطبيعي لتقليل العاهات وتأخر حدوثها والحفاظ علي اقصي جهد وظيفي.
- النشاط الرياضي الخمول يساعد علي زيادة الشد العضلي والتشوهات .
- المعالجه الجراحيه ، قد يفقد الطفل القدره علي المشئ بسبب تيبس العضلات والمفاصل.
- الادويه ، هناك بعض الادويه المستخدمه لعلاج الشد العضلي .

الفصل الثاني

المشكلات الاجتماعية للمعاقين الجسمية والمشلولين دماغياً

مشكلات المعاقين جسمياً:

تعرف الإعاقة الجسمية بأنها قصور وظيفي أو خلل عضوي موضوعي يؤثر على أداء الفرد في ظروف معينة، ويحتاج إلى تدخل علاجي أو حتى تعديلات في البيئة . وتضم الإعاقات الجسمية قائمة واسعة من الحالات التي تختلف حدتها ونوع التدخل المطلوب لعلاجها، لكنها بالأساس مصنفة إلى إعاقات عصبية وإعاقات عضلية وعظمية، وتحدث الإصابة إما أثناء الحمل وإما أثناء الولادة أو بعدها. أما الإعاقات العضلية العظمية، فهي خلل يصيب الجسم ويؤثر على حركته ووظائفه لأسباب غير عصبية مثل التهاب العظام، وعدم نضوج العظام، وانحناء العمود الفقري، والقدم الملتوية، وخلع الورك، والأطراف المشوهة، والتهاب المفاصل والشفة المفتوحة.

وتمثل الإعاقة الجسمية حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية برامج الخاصة. ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية منها: حالات الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري ووهن أو ضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع ...الخ . وأسباب هذا النوع من الإعاقات تكمن في حدوث خلل في الرسائل الكهربائية المنبعثة من المخ والتي تفقد القدرة على

الوصـول بشـكل صـحيح للعضـلات، حيـث أن العضـلات هـي التـي تحـرك المفاصل. حيث يوجد لكل عضلة الوقود والفرامل على كل جانب لتمكنها من التمدد والتقلص. وفى بعض الأحيان مع إصابات المخ يتم إعاقة هذه الرسائل وتسبب تحفيز إحدى جوانب هذه العضلات بشكل زائد، وهذا السلك (العضلة) المنهك يكون غير موصل جيد للكهرباء للتحميل الزائد عليه وبالتالي تتأثر حركة العضلات. وإذا لم تصل الرسالة العصبية لهذه العضلات يكون رد الفعل لها شديد.

وتختلف نسبة الإعاقة الجسمية من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من العوامل الوراثية ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي ، والمعايير المستخدمة في تعريف كل مظهر من مظاهر الإعاقة الجسمية ، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة والحروب والكوارث ...الخ. لذا ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقات الجسمية في مجتمع ما ذلك أن الإعاقات الجسمية متباينة جداً والتعريفات المستخدمة لها متباينة هي الأخرى . ويلاحظ بعض المؤلفين أن نسبة انتشار الإعاقات الجسمية قد تغيرت في الأعوام القليلة الماضية فهي قد ازدادت بدلاً من أن تنخفض . وتعزى هذه الزيادة إلى عوامل مختلفة من أهمها تطور الخدمات التشخيصية والعلاجية للأمراض المزمنة والإعاقات العصبية والصحية . فعلى الرغم من أن تحسن مستوى الخدمات الطبية جعل إمكانية الوقاية من الأمراض المزمنة وعلاجها أفضل حالاً مما كانت عليه في الماضي إلاّ أنها من جهة أخرى تحافظ على حياة الأطفال المصابين والذين كانوا يموتون مبكراً جداً في الماضي .

يواجه الأفراد المعاقين الجسمية نفس المشكلات والصعوبات الاجتماعية والانفعالية التي يواجهها الأفراد غير المعاقين من نفس العمر . إضافة إلى ذلك فإن هؤلاء الأفراد يواجهون مشكلات أخرى بسبب إعاقتهم وما يرتبط بها من اتجاهات الآباء والأقران والأشخاص الآخرين المهمين في حياتهم ، ولكن البحوث العلمية بينت عدم وجود نمط شخصية أو سيكولوجية محددة ترتبط بأي إعاقة من الإعاقات الجسمية ، حيث أن مفهوم الأطفال عن أنفسهم ضعيف نسبياً، وهم غالباً ما يميلون إلى الاعتماد على الراشدين وتعبيرهم عن غضبهم لا يظهرونه علانية وهم أقل ذكاءً وإنجازاً في الامتحانات من الأطفال الآخرين لأن الشعور بالعجز يتدخل في قدرتهم على أداء العمل بكفاءة ، إن الشعور بالعجز يمنع الطفل من التفكير في البدائل ويجعل الطفل مشلولاً .

لذا ينبغي أن يكون الهدف من برامج التربية الخاصة للأطفال المعاقين حركياً هو إعداد الفرد ليأخذ مكانه في العالم الذي يعيش فيه اجتماعياً واقتصادياً ، وأن يدرب نفسه على الاستفادة من قدراته ومعلوماته إلى أقصى حدّ ممكن من الكفاية . وينبغي ألاّ يسمح بأي حال من الأحوال أن يفصل الطفل المعاق حركياً عن غيره من الأطفال غير المعاقين الجسمية حتى لا يشعر بأنه يختلف إلى حدّ كبير عن الآخرين، وتتضح أهمية الدراسة في التعرف على مظاهر الشعور بالعجز لدى المعاقين حركياً وخاصةً لدى الأطفال ، حيث قد يصاحب الإعاقة سوء توافق شخصي أو اجتماعي أو مدرسي أو مهني ، واضطراب وتشوه مفهوم الجسم أو مفهوم الذات بصفة عامة .

لذا يعد التعرف على المعوقات في حياة الأطفال ذوي الإعاقات الحركية نقطة هامة وأساسية لتذليل الصعوبات في حياتهم ومساعدتهم على تكوين اتجاهات إيجابية نحو إعاقتهم وسهولة التكيف معها ، كما يعد الشعور بالعجز من أبرز تلك المعوقات التي تواجه فئة ذوي الإعاقات الحركية من الأطفال .

أما الشعور بالعجز لدى المعاق حركياً فهو حالة من الإحباط تنتج عن وجود عائق يحول دون إشباع حاجة من الحاجات أو معالجة مشكلة من المشكلات، والإعاقة الحركية مصطلح يستخدم للإشارة إلى الفرد الذي يعاني من اضطراب بدني يعوق عملية تعليمه أو نموه أو توافقه . ويشير المصطلح بصورة عامة إلى الأفراد المقعدين أو من يعانون من مشكلات صحية مزمنة بيد أنه لا يشمل الإعاقات الحسية المفردة مثل كف البصر أو الصمم . كما يعني المصطلح أيضاً وجود عاهة أو نقص جسمي يعوق أداء الوظائف الجسمية والنفسية على نحو سوي .

فالشعور بالعجز يعتبر حالة نفسية تتصف بالتوتر والخوف والتوقع ، سواء كان ذلك حيال أمور محددة أو غامضة ، قد يكون هذا الانفعال عارضاً وهو ما يعرفه كل الناس كما يعرفون لحظات الحزن والألم والأسى ، ثم ينقضي هذا الإحساس بانقضاء أسبابه وقد يكون مزمناً ، إذن لا يولد الخوف أو الشعور بالعجز مع الإنسان ، ولكن قد يولد مع المرء استعداد وراثي للانفعالات العصبية، ويبرز هذا الاستعداد إذا ما تهيأت له الأسباب البيئية ، أسباب قد تكمن جذورها في محيط العائلة أو المدرسة أو العمل .

ولقد أكدت الدراسات أن الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الجسمية بصفة خاصة آثارها تظهر بشكل ابعد من مجرد الحدود الفيزيقية، وتنطلق إلى مجالات أوسع من حياه الفرد، فالفرد يجمع كل خبراته الداخلية والخارجية في ضوء تصوره لذاته الجسمية ونقصد بها" فكرة المعاق "أو الصورة الذهنية لديه عن جسمه وهيئته ووظيفته، ويخطط معظم الناس لحياتهم بناء على مفهومهم لذواتهم الجسمية وقدراتها، والقدرات الأخرى المرتبطة بها وأي إعاقة في هذه القدرات تهدد الإنسان في حاضره ومستقبله وتؤدي إلى اضطراب قدراته الإنسانية وتؤدي بالتالي إلى إثارة مخاوفه وقلقه .

والشعور بالنقص هو اتجاه يحمل صاحبه على الاستجابة بالخوف الشديد والقلق والاكتئاب وشعور الفرد بأنه دون غيره وميله إلى التقليل من تقديره لذاته، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تنطوي على التنافس والنقد، وقد يكون لدى المعاق عقدة النقص وهي الاستعداد اللاشعوري المكبوت وينشأ من تعرض الفرد لمواقف كثيرة ومتكررة تشعره بالعجز والفشل، ومن العوامل التي تحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص وجود إعاقات جسمية بالفرد .

ويشعر المعاقلجسمياً بعدم الأمن والاطمئنان نحو حالته الجسمية فهو لا يطمئن إلى الجري والوثب وقد يحدث اضطراب في الإدراك لعدم قدرته في التقدير الواقعي، كما انه يشعر بعدم الاطمئنان للغير للتفاوت في اتجاهات واستجابات الآخرين نحوه، وعدم وجود أدنى اتساق أو انسجام بينهما، أو عدم اطمئنان للنفس فهو في حالة تذبذب وتردد وحيرة . والشعور الزائد بالعجز يخلق نمطًا من المعاقين ذلك النمط الذي يتقبل قضاءه ويستكين للواقع ويحاول

استخدام ضعفه في استجداء عطف الآخرين، وكذلك نمط فقد احترامه لنفسه حيث يجد في عاهته حجة لكي يتنصل من دوره في أسرته ومجتمعه ولا يجد بأسًا في العيش عالة على الآخرين .

وبشكل عام فإن الإعاقة الجسمية مشكلة طبية في المقام الأول بالإضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يكون أثرها في الفرد المعوق أكبر من حجم الإصابة نفسها.

والعلاج في هذه الحالة يقوم على مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تفترض أن الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والانفعالات السالبة ليست نتاجا لقوى خفية تكمن في اللاشعور، ولكنها تنتج عن عمليات شعورية من قبيل: التعلم الخاطئ، والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، وعدم التمييز بين الواقع والخيال، كما أن التفكير قد يكون واهماً لأنه قد يكون مستمداً من مقدمات خاطئة ومفاهيم مغلوطة، والسلوك قد يكون انهزاميا لأنه قد يكون مبنياً على أفكار لا عقلانية، ولما كانت كثير من المشكلات النفسية يمكن حلها عن طريق: شحذ الفهم والتمييز، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعلم اتجاهات أكثر تكيفاً، وحيث أن الاستبصار واختبار الواقع والتعلم جميعها عمليات معرفية بالدرجة الأولى.

فمسألة تقويم التفكير لدى الأفراد من خلال التعديلات المعرفية والسلوكية التي تؤدي إلى أن يكون الأفراد موضوعيين، وعقلانيين، ويرون العالم بصورة ايجابية مستمدة من الواقع الموضوعي، ويستطيعون إدارة انفعالاتهم في المواقف المختلفة معتمدين على الأنماط الايجابية في التفكير، فالأمر يحتاج هنا إلى

علاجين مختلفين إلا أنهما يكملان بعضهما بعضاً، لأن التشويه المعرفي لابد أن يظهر في سلوكيات مختلة، وبالتالي فإن التعديل المعرفي لابد أن يظهر في سلوكيات إيجابية ، وقد انعكس هذا الاتجاه على العمليات النفسية وهو ما يسمى بالاتجاه المعرفي، ذلك الاتجاه الذي يرى أنصاره أن الأحداث في حد ذاتها لا تؤدي إلى المشاعر والسلوكيات المضطربة، وإنما تفسير الفرد لتلك الأحداث هو الذي يصنع ذلك، وافترضوا أن التغيير في طريقة التفكير يمكن أن ينتج عنه تغييرات في المشاعر والسلوكيات.

فالعلاج للمعاقين لجسمياً يهدف إلى استبدال طرق التفكير السلبي بأخرى أكثر دقة وبنائية، وتفاؤلاً، وتؤدي إلى العمل الفعال، والفكر العقلاني، ومواجهه الإحباط، والرغبة في الحياة، وتقوى مهارات التفكير الفعال، والعمل البناء، والتعرف على السلوكيات المحبطة، وطرق تعديلها (Culatta, 2003). ومن خلال العلاج فجلسة بجلسة يتم أخذ أمثلة من المواقف الصعبة، وتحدد المهام كواجب منزلي بشكل خاص لخلق الظروف اليومية، حيث يمكن جمع قدر أكبر من البيانات لاختبار الأساس الحقيقي للاتجاهات، والأفكار ، فتعديل السلوك معرفيا ينتج عن تقديم التعليمات للذات والتي تركز على تعليم الأفراد كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة، وتعليمهم ضرورة التوقف والنظر والاستماع جيدا قبل صدور أي استجابة ومساعدتهم على الحوار الداخلي وتقديم التعليمات للذات قبل الاندفاع والإسراع في الأمور، حين تبين لنا أن التخلص من مشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريق انهزامية وسلبية واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة أكثر ايجابية.

ويذكر باول أن الحديث الذاتي هو الأسلوب الذي نكلم به أنفسنا ويؤدي إلى التحكم في السلوك بنفس الطريقة كأن هذا الحديث يأتي من شخص آخر، وقد لا يكون الفرد على دراية بالطريقة السلبية التي يتحدث بها لنفسه متوقعا الفشل، ومقللا من شأن النجاح، ويهدف التحصين التدريجي إلى مساعدة الأفراد على التفكير بشكل بناء وتحسن الأداء وهذه الإجراءات تهدف لتدريب الأفراد على الحديث لأنفسهم بشكل واثق و إيجابي متوقعا النجاح في أي مهمة Pawll, (1990). ومن خلال تدريب الأفراد على إدراك وتحديد الأفكار غير المنطقية أو ما يعرف بالتقرير الذاتي، ثم يشكل المعالج السلوك الملائم بينما يعبر عن أساليب التكيف الفعالة التي تتضمن تقديم متطلبات المهمة والتعليمات الذاتية التي ترشد الأداء، والتقرير الذاتي الذي يعزز من الكفاءة الشخصية ويواجه الفشل في الإخفاق والتقرير الذاتي المستتر للأداء الناجح، وبعد ذلك يقوم الفرد بأداء السلوك المطلوب أولا أثناء تعبيره عن التعليمات الذاتية الملائمة ثم استعادتها بشكل مستتر مرة أخرى، ويقوم المعالج في تلك المرحلة بالمساعدة على أن يحل الحديث للذات الذي يؤدي إلى حل مشكلة محل المعرفة التي ينجم عنها العجز والتي كانت مصاحبة لهذا التصرف .

ونلاحظ أن العلاقة بين الطفل واللعب علاقة وثيقة جداً، فاللعب هو حب الطفل وملاذه وعالمه وحياته، وأسعد لحظات حياته تلك التي يقضيها مع لعبته، يحادثها ويحكي لها حكاية، يشكو لها، ويعرض عليها مشكلته، يضربها، يبعثرها يفكها ويعيد تركيبها، يتخيلها أشخاصاً أمامه ومعه، والأطفال يلعبون عندما لا

يكون هناك شيء آخر ينشغلون به، أي عندما يكونون مرتاحين حركياً ونفسياً، واللعب ولا شك هو أكثر من مجرد ترويح، بل هو عملية مهمة في سبيل النمو.

وتتعدد وظائف اللعب فمنها التربوية والفسيولوجية والنفسية والتشخيصية والعلاجية ، ومن حيث الجانب العلاجي يرى علماء التحليل النفسي أن الطفل في لعبه يعاود ترتيب الأحداث الحياتية بالشكل الذي يراه أو على الأقل لا يضايقه وبهذا يتخلص من قلقه ، وإن المرونة التي يقبل بها غالبية الأطفال على التعامل مع أدوات اللعب لا تعني أن كل الوسائل يمكن تقديمها إلى جميع الأطفال بصرف النظر عن الظروف وإنما ينبغي مراعاة حالة الطفل من الكف أو الشعور بالعجز أو المخاوف كذلك مراعاة عمره الزمني .

ويؤكد بياجيه أهمية المحاكاة أو التقليدً في اللعب فهما جزأين مهمين لنمو الذكاء . فالأطفال يلعبون ليقوموا بالأدوار التي يقوم بها الكبار والتي يطلب منهم القيام بها مستقبلاً عندما يكبرون وأن الطبيعة قد زودتهم بالميل للعب والتدريب على المهام والوظائف المختلفة التي يقوم بها الكبار فالولد يلعب بالسلاح أو الحصان أو الطائرة ليتدرب على دور المقاتل ، والبنت تلعب بعروستها وتصفف شعرها وتحيك لها الملابس وتهدهدها لتتدرب على دور الأمومة وهكذا .

المشلولين دماغياً :

يعرف الشلل الدماغي بأنه عبارة عن مجموعة من الاضطرابات لها خصائص غير طبيعية تؤثر في السيطرة على الحركة والأوضاع وهي تحدث

مبكراً وهو ليس مرضاً ولكنه مجموعة من الاضطرابات المختلفة باختلاف الجزء المصاب . وأيضاً يعرف الشلل الدماغي على أنه تعبير عن خلل في المخ والوظائف الحركية التي تحدث أثناء الولادة أو ما قبلها أو في السنة الأولى من العمر وهو ينتج عن إصابة غير متطورة وتظهر معملياً ويمكن تشخيصها وهي قد تؤدي إلى الإعاقة العقلية أو إلى صعوبات التعلم أو التأخر في الكلام ، أو الاختلال في التحكم الإرادي للعضلات ، وكلاً من الوراثة والعوامل المكتسبة من المحتمل أن تكون مسئولة عن هذه الصعوبات ، وعن زملة الأعراض ، لذلك السبب في الغالب غير معروف .

كما يعرف الشلل الدماغي بأنه ليس مرضاً ولا تتعاظم خطورته ولا ينتقل بالعدوى بل هو عبارة عن ضرر لحق بخلايا الدماغ والجهاز العصبي ويؤثر على ضبط حركة الإنسان ويحدث هذا الضرر قبل أو أثناء أو بعد الولادة مباشرة وحتى خلال الشهور أو حتى بعد سنة من الولادة وكلما طالت مدة نمو الجهاز العصبي على نحو طبيعي قبل حدوث الضرر كلما قلت الاضطرابات المصاحبة لهذا الشلل ، وبحسب موقع ومقدار التلف فإن ذلك النمو الحركي الشاذ قد يكون طفيفاً أو حاداً وقد يتضمن طرفاً واحداً في أطراف الجسم .

وكذلك يعرف بأنه مجموعة من الاضطرابات العصبية غير الوراثية تنتج عن إصابة المنطقة الحركية في المخ تسبب عطباً في التحكم في العضلات الإرادية وبصفة عامة تنتج الإصابة عن عوامل مثل العدوى قبل الولادة مثل الحصبة الألمانية والعامل الريسيسي (عدم تماثل RH في الدم ، الانفصال قبل الأوان عن المشيمة ، عدم النضج ، النزيف المخي الداخلي وفرط

البيلدوبين في الدم ، الاضطراب التسممي والولادة العسرة ، وفي حالات قليلة إصابة الرأس بعد الولادة . وتتضمن الأعراض التشنج والحركات غير المسيطر عليها (قفاع Athetosis) والمشية المتماثلة والحديث الحلقي وفي بعض الحالات النوبات والعيوب البصرية وفقدان السمع والتخلف العقلي ويعرف المصطلح اختصارا بـ (C.P.) .

كما أنه يعرف بأنه إحدى الإعاقات النمائية أو الاضطرابات العصبية الحركية في مرحلة الطفولة المبكرة فهو أي تغيير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عن تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة وهو مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية تنتج عن خلل في بنية الجهاز العصبي المركزي أو نموه وهو اضطرابات نمائي ينجم عن خلل في ويظهر على شكل عجز حركي يصحبه غالباً اضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية وهو مصطلح ذو مدلول واسع يستخدم عادة للإشارة إلى أي شكل أو ضعف أو عدم توازن حركي ينتج عن تلف دماغي .

وأيضاً يعرف الشلل الدماغي بأنه عبارة عن إضطراب حركي تظهر أعراضه في السنوات الأولى من العمر وهو ناتج عن عجز في النمو الطبيعي للجزء الصغير في الدماغ الذي يتحكم في أفعال الحركةويأخذ أشكالاً كثيرة وليس هناك اثنان متشابهان تماما بهذا المرض .

كذلك يعرف الشلل الدماغي بأنه حالة يسببها إصابة المخ وعادة ما تحدث قبل أو خلال أو بعد الولادة بفترة قصيرة وتشير كلمة cerebral إلي

المخ بينما تشير كلمة palsy إلي اضطراب في الحركة أو وضع القيام أو الجلوس وهو غير متطور وغير معد ، وغير قابل للشفاء .

ويعرف الشلل الدماغي عن مجموعة من الحالات وليس وحدة مرضية إكلينيكية واحدة وعلي ذلك فإن تعريفة يعتبر أمرا تحكميا ويشمل الاضطرابات الحركية ذات الأعراض العصبية الناجمة عن تلف في المخ الذي يتسم بأنه مستقر ووقع في بداية العمر.

كما أن الشلل الدماغي يعرف بأنه إصابة ناتجة عن حدوث تلف في الدماغ فهو عادة ما يحدث قبل أو بعد الولادة مباشرة ومن النادر أن يكون وراثيا وكلمة cerebral تعني الدماغ وpalsy تعني أن هناك مشكلة في طريقة عمل العضلات وللاختصار يسمي C.P والمخ هو المسئول عن إعطاء أوامر لجميع الأجهزة فعند حدوث تلف لجزء صغير في المخ تحدث إصابة غير متزايدة ومستقرة تؤدي إلي مشكلة في تحريك أجزاء الجسم وتتوقف أعراضه علي موقع أو حجم أو عمق الإصابة في المخ .

مما سبق يتضح أن هذه التعريفات تجمع عناصر رئيسية وهي :

- أنه نتيجة لتلف مراكز الضغط الحركي في الدماغ ،أنه مجموعة من الأعراض المرضية .
- أنه اضطراب في الوظائف الحسية ،أنه اضطراب في الحركة والوضع الجسمي ، أنه يستجيب للتدخل العلاجي ، أنه غير قابل للشفاء التام ،أنه نوع من أنواع الإعاقة .

معدلات الإنتشار:

تتفاوت معدلات انتشار الإصابة بالشلل الدماغي تفاوتا كبيرا بين الدول، ويرجع ذلك إلي نقص في الإحصائيات العامة في معظم الدول ، وبالتالي نقص في الإحصائيات المتعلقة بالشلل الدماغي وبالمعوقين بشكل عام وهناك سبب أخر لهذا النقص حول الإحصائيات الخاصة بالشلل الدماغي وهو اختلاف التقنيات في اكتشافه وتشخيصه إضافة للخلاف الحاصل حول التعريف الدقيق للشلل الدماغي وكذلك الاختلاف في الاتجاهات الديموغرافية والظروف الاجتماعية وفي مطلع التسعينات قام مجمع البحث في الولايات المتحدة الأمريكية بدراسة اثبت من خلالها أن ما بين (٥٠٠ ألف إلي ٧٠٠ ألف ، من الأمريكيين مصابون بدرجة ما من الشلل الدماغي وان حوالي ٣ ألاف طفل يولدون سنويا مصابين بهذا الاضطراب ، وان ما يقارب (٥٠٠ طفل) يصابون به سنويا في السنوات الأولي من العمر .

تصنيفات الشلل الدماغي :

١) الشلل التشنجي: وهو أكثر أنواع الشلل الدماغي شيوعاً حيث يعاني منه ما بين (٥٠%:٦٠%) من المصابين بالشلل الدماغي، وينتج هذا النوع من الشلل عن اصابة المراكز المسئولة عن الحركة في القشرة الدماغية، ومن أعراضه الشد أو التشنج العضلي،واستخدام العضلات للإثارة بطريقة مبالغ فيها مما يؤدي الي تيبس أو اصابة بعض أجزاء جسم الطفل، وبالتالي تصبح الحركات بطيئة ومضطربة، مما يؤدي الى حدوث تشوهات وضعية

مثل أنحناء الظهر، وتشوه الحوض أو الركبتين أو الأطراف، وعندما يحاول الطفل المصاب بهذا النوع من الشلل تحريك أطرافه، فأنها تتشنج، وقد ترجف بقوة وبسرعة عالية، وبصورة لاإرادية وغير متناسقة، مما يؤدي الى تجنب استخدام هذه الأطراف وعدم قدرة المصاب على توظيفها بفاعلية، وبالتالي ضغطها وأنقباضها،وبالتالي حدوث تشوهات في مختلف أجزاء الجسم وفق نمط الاصابة وموقعها.

ويقسم الشلل الدماغي التشنجي إلي الأنواع التالية:

١. الشلل التشنجي الرباعي:

هو شلل تشنجي يشمل جميع اطراف الجسم العليا والسفلي، وقد تكون الاصابة لنصفي الجسم متساوية، أو تكون في كثير من الاحيأن غير متناظرة،أى الإصابة في أحد الجانبين أشد منها في الجانب الاخروغالباً ما تكون الاصابة في الأطراف العليا أشد من الإصابة في الأطراف السفلي، وفي هذه الحالة لا يتمكن المصاب من التحكم في وضعية رأسه .كما أن قدرة الطفل بهذا النوع من الشلل على التنقل والحركة ضعيفة جداً، كما يعاني من صعوبة بالغة في التكيف لوضعيات جسمية مختلفة ولا يستطيع أن يحافظ على توازنه أو تغيير وضعيته . و بسبب شدة الاصابة فأن الطفل المصاب بهذا النوع من الشلل الدماغي لا يستطيع أن يعبر عن حاجاته ولا يمكن له العيش باستقلالية، لذلك فأنه يعتمد بشكل كلى على الاخريت في تلبية احتياجاته الأساسية .كما أن حركات الطفل المصاب بهذا التوع من الشلل الدماغي محدودة للغاية، فلا يستطيع أن يرفع راسه، أو أن يدير جسمه عند منطقة الصدر، أو أن يغير

وضعية جسمه في حالات الاستلقاء على الأرض .كما أنه يعجز عن استخدام يديه وذراعيه للإتكاء عليها مما يجعله غير قادر على الجلوس، بالإضافة الى عجزه عن رفع رأسه أو النهوض من حالة النوم على بطنه.

٢. الشلل التشنجي السفلي:

في هذا النوع من الشلل تكون الأطراف السفلي مصابة أكثر من الطراف العليا ويستطيع المصاب أن يتحكم برأسه الى حد ما ولكنه لا يستطيع ضبط حركات العينين على الغلب. ويصيب هذا التوع من الشلل الأطفال الخداع الذين لم يكتمل نمو الدماغ لديهم وتكون الأعراض المرضية واضحة عندما يقترب الطفل من السنه الأولي من عمره.

٣. الشلل النصفي التشنجي:

وتكون الاصابه في هذا النوع من الشلل إما في التصف الأيمن أو النصف الأيسر من الجسم، وغالباً ما يمكن التعرف على الجزء المصاب من الجسم عن طريق ملاحظة الأنماط الحركية والوضعية المتباينةبين جزئي الجسم، فتكون اليد في الجزء المصاب مغلقة لا يستطيع الطفل فتحها أو استخدامها من أجل دعم جسمه للنهوض من حالة الجلوس أو النوم، بالإضافة إلي أنها تظل بعيدة عن مركز الجسم ويصعب على الطفل المصاب أيضاً أن يحرك رجله في الجزء المصاب من الجسم .

ويتأخر المشى عند الأطفال المصابين بهذا النوع من الشلل بسبب ضعف الطرف المصاب، إلا أنهم يعتمدون على الأطراف غير المتصلة عند الحاجة إليها. كما يحدث للمصاب تشوهات وضعية في الكاحل أو اصابع

القدمين، وذلك بسبب التصلب الذي يحدث في القدم والرجل نتيجة الوقوف واستمراره لفترات زمنية طويلة .

٢) الشلل الإلتوائي أو التخبطي Athetosis

تقدر نسبة الاصابة بهذا النوع من الشلل بحوالي (٢٥%) من حالات الشلل الدماغي، والأطفال المصابون بهذا النوع من الشلل يعأنون من القيام بحركات لاإرادية بصورة مستمرة نتيجة إصدار الدماغ أوامر غير صحيحة، وقد تكون الحركات بطيئة أو ملتوية أو سريعة مفاجئة تحدث في قدمي الطفل أو يديه أو ذراعيه أو عضلات وجهه،ويميل الرأس في هذا التوع من الإصابه الى الوراء، ويكون الفم مفتوحاً يخرج منه اللسأن مما يسمح بسيلأن اللعاب بشكل واضح،وعند قيام الطفل بحركة لاإرادية فأن أجزاء جسمه تتحرك بسرعة،وإلي مدى أبعد مما تستوجب الحركة، وبذلك يصبح الطفل ضعيفاً ويسقط على الأرض وبسبب عدم التحكم في العضلات المسئولة عن الكلام، فأن قدرة الطفل المصاب على الكلام تكون ضعيفة وكلامه غير واضح وغير مفهوم.

٣) الشلل غير التوازني أو التخلخلي Ataxia

تبلغ نسبة الإصابة بهذا النوع من الشلل الدماغي حوالي (٥%) من مجموع حالات الشلل الدماغي، وينعكس هذا النوع من الشلل الدماغي في شكل حركات غير متناسقة، وارتعاش في اليدين،وعدم تناسق الحركات، وعدم القدرة على التحكم بوضع الجسم وصعوبة في التوجيه الحركي المكأني (تقدير المسافات، إدراك العمق، صعوبة الجلوس والوقوف والمشي)، وبسبب الرغبة

في الحفاظ على التوازن يحاول الطفل المصاب مد يديه إلي الأمام وإبعاد ساقيه عن بعضها البعض.

٤) الشلل التيبسي Rigidity

وهو من الحالات النادرة جداً ويعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحده، ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف، ونظراً لعدم توافر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي، أو أى نوع أخر من أنواع الحركة،ويوصف هذا النوع من أنواع الشلل بالتيبس نتيجة صلابة أعضاء عضلات الطفل المصاب وعلى الأغلب تتأثر جميع الأطراف في الجسم.

٥) الشلل الإرتعاشي Tremor

أن هذا الشلل يعتبر حالة نادرة حيث يظهر في هذا النوع من الشلل الدماغي أشكال مختلفة من الارتعاش، هذا الارتعاش قد يكون شديداً أو خفيفاً، كما قد يكون سريعاً أو بطيئاً، إلا أن الارتعاش يكون عادة قاصراً على مجموعة معينة من العضلات، ويبدو على وتيرة واحده، ويكون لا إرادياً تماماً، بمعنى أن نترك الذراعيين والساقين والرأس أوأى أجزاء من الجسم بشكل لا يتحكم فيه الطفل، ولا يتمكن من السيطرة على حركة الجسم .

٦) الشلل الاسترخائي (الخائر) Atonic

ويشير هذا النوع من الشلل الدماغي الى الأداء الوظيفي المذهل للعضلات، ومن ثم يصبح التنسبق الحركي من الأمور المستحيلة وفي هذه الحالية يصبح الطفل المصاب ضعيفاً حيث تكون العضلات ضعفة ومرتخية .

٧) الشلل المختلط Mixed

تشير الدراسات إلي نسبة الشلل الدماغي المختلط قد تصل الى ٣٥% من مجموع حالات الشلل الدماغي بشكل عام،ويصنف الشلل الدماغي بأنه شلل مختلط خاصة إذا ظهر لدى الطفل المصاب أعراض لأكثر من نوع من أنواع الشلل الدماغي السابقة .

يمكن القول أن درجة حدة الإصابة تتراوح من القصور الخفيف نسبياً إلي النقصأن التام للحركة الموجهة بوجه عام، كما أن الخلل الذي يحدث في السنوات النمائية المبكرة للجهاز العصبي المركزي فيما يتعلق بالتنسيق الحركي هو ما يطلق عليه عادة الشلل الدماغي.

هذا ويوجد هناك تصنيفاً آخر وفقاً للطرف أو الأطراف المصابة ويندرج تحته ستة أنواع فرعية.

١) الشلل المنفرد(الاحادي) Monplagia: في هذه الحالة يكون طرفاً واحداً في الجسم هو الذي تأثر بالإصابة، وهى من الحالات النادرة .

٢) الشلل النصفي الجانبي (شلل جانب واحد) Hemiplagia: في هذه الحالة يكون جانب واحد من الجسم هو الذي تأثر بالإصابة أى أن الذراع والساق في جانب واحد هما المتأثرأن وتمثل ٤٠% من الحالات.

٣) الشلل الثلاثي Tripegia: في هذه الحالة تشكل الاصابة ثلاثة أطراف تكون عادة الساقين وأحد الذراعين .

٤) الشلل النصفي السفلي Paraplagia: في هذه الحالة تكون الاصابة في الساقين فقط وتمثل حوالي ١٠- ٢٠%.

٥) الشلل الكلي السفلي(شلل الجانبين) Diaplegia: في هذه الحالة تتأثر الأطراف الأربعة إلا أن الإصابة في الساقين تكون بدرجة أشد من الذراعين أى أن الأطراف السفلى تكون عادة أكثر تأثراً بالإصابة من الأطراف العليا.

٦) الشلل المزدوج Double Hemiplegia أو الشلل الرباعي Quadriplegia: في هذه الحالة تتأثر الأطراف الأربعة إلا أن الإصابة في أحد جانبي الجسم تكون بدرجة أشد من الجانب الآخر، وفي هذا النوع من الشلل الدماغي تتركز الإصابة في الرقبة والجذع.

كما يوجد تصنيف آخر للشلل الدماغي حسب درجة أو شدة افصابة فهو يصنف طبقاً للأنواع التالية:

- الشلل الدماغي البسيط Simple: وتكون فيه الاصابة بسيطة لا تؤثر على الطفل المصاب بشكل كبير، حيث يستطيع الطفل الاعتناء بنفسه ويستطيع المشي والأنتقال بدون استخدام أدوات مساعدة إلا أن الإصابة قد تحد من قدرات الطفل الأخري مما يستلزمه تزويده الخدمات التربوية المناسبة التي تساعده على تلبية احتياجاته التربوية .
- الشلل ادماغي المتوسط Moderate: وتكون فيه الاصابة بدرجة متوسطة وفيها يتأثر النمو الحركي للطفل المصاب، ويمكن أن يمشي باستخدام الادوات المساعدة، وهذه الاصابة تتطلب التدخل العلاجي التربوي.
- الشلل الدماغي الشديد severe: وتكون الاصابه فيه شديده، بحيث تجعل الطفل غير قادر على تلبية احتاجاته ورعايته الذاتية أو القيام بالحركات الإرادية، وكذلك التواصل مع الآخرين،وهذا النوع من الاصابة يتطلب

التدخل العلاجي الكثف والمتواصل، وكذلك التدخل التربوي والعلاج الطبيعي والتدريبات المنتظمة للحد من أثار الشلل .

الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغي :

تتمثل الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغي فيما يلي:

١) الإعاقة العقلية: يمكن أن يصاحب الشلل الدماغي إعاقة عقلية، ولكن ليس بالضرورة أن تحدث الإعاقة العقلية لدى كل مصاب حيث تشير الدراسات الي أن ٥٠% من حالات الشلل الدماغي لديهم إعاقة عقلية، كذلك شدة الإعاقة ليس لها علاقة بحدوث الإعاقة العقلية، فقد تكون حالة الشلل الدماغي شديدة دون حدوث إعاقة عقلية أو تكون بسيطة مع وجود إعاقة عقلية، إذ أن حدوث الإعاقة العقلية مرتبطة بموقع التلف الدماغي أكثر من ارتباطه بأى عامل آخر إضافة الى أن حالات التخلف العقلي لدى الأطفال المشلولين دماغياً هي من المستوى البسيط.

٢) الإعاقة السمعية دلت نتائج البحث المسحية أن الإعاقات السمعية بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ليست شائعة كالاضطراب البصري، وتشير الدراسات الى أن المشكلات السمعية لدى الأطفال المشلولين دماغياً تبلغ حوالي ٢٥%، وهذه المشكلات أكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين بالشلل التخبطي، ويقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون قيام الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه،أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة.

٣) الإعاقة البصرية: يعاني حوالي ٥٠% من الأطفال المشلولين دماغياً من مشكلات بصرية مثل:

- الحول: هو عبارة عن اختلال وضع العينين أو إحداهما مما يعيق وظيفة الإبصار على الأداء الطبيعي.
- أخطاء الأنكسار: مثل طول النظر، وقصر النظر.
- المشكلات المرتبطة بالإدراك البصري: وتتمثل هذه المشكلات في صعوبة التمييز البصري، والتأزر البصري- الحركي، أو التمييز البصري للشكل والخلفية وإدراك العمق، والرؤية المحيطة، وإدراك الألوأن.

٤) إعاقة النطق والكلام: يتأثر النطق في حالة الشلل الدماغي بشكل واضح حيث تظهر اضطرابات النطق لدى ٧٠% تقريباً من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وذلك بسبب إصابة المنطقة الدماغية المسئولة عن النطق لدى الفرد المصاب والتي تحد من القدرة على ضبط وتحريك العضلات المستخدمة في الكلام، ومن أهم المشاكل الناتجة عن تلك الإعاقة:

- شلل عضلات النطق: حيث يجد الطفل صعوبة بالغة في لفظ الأصوات بشكل مناسب.
- الخلل في إختيار وتتابع الكلام: ويظهر هذا الخلل في شكل صعوبة في إختيار وقع الأصوات والمقاطع والكلمات والجمل، لذلك يبدو الطفل معه غير قادر على ترديد الكلمات والعبارات بشكل صحيح.

- فقدأن النطق: وهو فقدأن كلي أو جزئي في اللغة الاستقبالية أو التعبيرية أو كليهما للطفل المصاب بالشلل الدماغي، فبفشل الطفل في التعبير اللفظي في حالة فقدأن النطق بشكل كلي أو ضعف في التعبير اللفظي.

هذا وقد أظهرت نتائج دراسة الصادي أنه كلما زاد الإضطراب في القدرات الإدراكية والموقية اللازمة لنمو اللغة وزادت درجة الاصابة الدماغية وزاد احتمال الاصابة بالإعاقة التخاطبية.

كما أظهرت دراسة قضبي وآخرين إلي ضرورة التعاون بين العلاج الطبيعي وإخصائي أمراض التخاطب كما ظهرت تحسناً بطيئاً في بعض حالات عدم القدرة على التحكم في عضلات الحنجرة.

الأعراض الإكلينيكية الملاحظة علي مصاب الشلل الدماغي :

يعاني المصابون بالشلل الدماغي من عدم القدرة علي الحركة أو السيطرة علي أعضاء الجسم مما يؤثر علي الوظائف الحركية وهناك الكثير من الأعراض التي يمكن ملاحظتها علي هؤلاء الأطفال تبدو واضحة منذ الميلاد وخلال السنة الأولي من العمر ، وتلك الملاحظات تفيد في الاكتشاف والتدخل المبكر ، فعند الولادة كثيرا ما يكون الطفل المصاب بالشلل الدماغي رخوا وقد يبدو طبيعيا أيضا قد يتنفس الطفل فور الولادة وقد لا يتنفس ويزرق لونه ويصبح رخواً ويعتبر تأخر عملية التنفس من الأسباب الشائعة لتلف الدماغ ، ويبدي الطفل تطورا بطيئا بالمقارنة مع الأطفال الأخرين في محيطه من حيث

التوصل إلى رفع رأسه أو الجلوس أو الحركة فقد يستخدم الطفل يدا واحدة فقط ولا يبدأ باستعمال الاثنين معاً .

- يعانى هؤلاء الأطفال من صعوبات في تناول الطعام من حيث صعوبات المص والبلع والمضغ وقد يتقيأ كثيراً وتستمر هذه المشاكل حتى عندما يكبر الطفل .
- تعاني أمهات هؤلاء الأطفال من صعوبة العناية بهم فقد يبدو جسم الطفل متيبسا عند حمله أو تغير ملابسه أو الاستحمام وقد لا يتعلم حيث في وقت لاحق مهارات العناية بالذات كتناول الطعام أو الاستحمام واستخدام المرحاض .
- قد يبكي الطفل كثيرا ويبدو كثيرا الاهتياج أو علي العكس يكون شديد الهدوء لإبكاء يبكي أو يبتسم أبدا .
- ويلاحظ في النصف الثاني من السنة الأولى لعمر الطفل انه يعاني من صعوبات في الاتصال أو التخاطب فقد لا يستجيب الطفل أو تكون ردود الفعل لدية غير مناسبة بالنسبة لعمره ويعود هذا إلى الارتخاء أو التيبس أو إلى فقدان السيطرة علي حركات الذراع أو فقدان التحكم في عضلات الوجه وهذه المشكلات تجعل عملية النمو اللغوي لدي هؤلاء الأطفال تتأخر بشكل واضح وتبقي هذه المشكلات مستمرة حتى في وقت لاحق من عمر الطفل وغاليا ما تجد الآسرة صعوبة في فهم ما يحتاجه هذا الطفل أما بعد مدة فنجد أن الطفل يشير إلى ما يحتاجه بذراعه أو قدمه أو حتى بعينيه.

- قد تصاحب بعض حالات الشلل الدماغي تشوهات تبدو في شكل عدم استقامة الرقبة أو الجذع أو الأطراف ، كما قد تعمل هذه التشوهات علي التعمق بسرعة وشدة بسبب عدم تحريك عضلات الجزء المشوه ومفاصله وعظامه فعندما تظل إحدى العضلات منقبضة وبدون حركة لفترة من الوقت، فإنها تصاب بالتقلص الدائم وجهود الحركة . وسواء كانت العضلات طبيعية أو متواترة ، فانه بالإمكان بسطها عن طريق العلاج الطبيعي المناسب ، ويلاحظ انه كلما كان الاضطراب في مرحلة مبكرة ، كلما حقق تصحيح العضلات نتائجه المرجوة .

المشاكل السلوكية والنفسية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي :

تظهر هذه المشاكل في جميع مراحل العمر وتبلغ (٤- ٥) أضعاف نسبته في الأطفال العادين ، وليس السبب في حدوثها إصابة الدماغ ولكن تتركز الأسباب في الضغوط النفسية علي الطفل والعائلة ، مما يسبب ضيقاً لمن يقوم برعايته ، أعاقته قد تؤدي إلى زيادة احباطاته ومن أهم هذه المشاكل :

- اضطراب النوم : إذا كان الطفل متيبسا فمن المتوقع عدم ارتياحه مما يؤدي إلى استيقاظه المتكرر ، وهو ما يزعج الوالدين ويقلقهم ، أما إذا كان الطفل مرتخيا واهنا أو يستخدم أدوية مقاومة للتشنج فقد تلاحظ نومه الكثير مع قلة الحركة ، وهنا يجب ملاحظة نسبة الدواء في الدم لمنع زيادتها ، كما يجب أيقاظ الطفل وملاعبته .

- البكاء : تكرار البكاء قد يكون تعبيرا من الطفل عن تضايقه من وضعه العام أو عدم الاهتمام به ، وهنا يجب علي ألام عدم لوم النفس لذلك .
- حدة الطبع ، الانطوائية ، قلة التركيز .

الاضطرابات والمشاكل المصاحبة للشلل الدماغي :

يمكن أن يؤدي الشلل الدماغي إلى العديد من الإضرابات والمشاكل لدي الطفل المصاب وأهمها ما يلي:

- الاضطرابات النمائية في الجوانب الحسية والانفعالية والنفسية والاجتماعية إصابة الطفل ببعض الاضطرابات البصرية مثل ضعف الإبصار أو الحول أو أخطاء الانكسار مثل طول النظر أو قصره أو الاستجماتيزم وغيرها من المشكلات المرتبطة بالإدراك البصري الحركي ، وعدم القدرة علي التميز البصري للشكل والأرضية ، وقد يحدث تذبذب سريع ودائم في حركي ننى العين.
- مشكلات صعوبة التعلم نتيجة نقص القدرة علي السمع أو التفكير أو الإدراك أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجي أو إجراء العمليات الحسابية الرياضية .
- معاناة الطفل من بعض عيوب النطق والكلام مثل الحبسة أو الافيزيا ، عسر الكلام وتأخر الكلام ، عدم القدرة علي اختيار الكلمات المناسبة وتنظيميها .

الحاجات الخاصة بالمصابين بالشلل الدماغي:

وفي دراسة قام بها كيندال وروبي Kandall,Robbie بهدف التعرف علي الاحتياجات التربوية الخاصة بالمصابين الشلل الدماغي بغية مساعدة المدرسة والأسرة في تطوير أهداف إرشادية مناسبة وضمهم في برامج تربوية علي أساس احتياجاتهم التربوية الخاصة وليس وفقا لأعاقتهم أسفرت الدراسة عن الحاجات الاتية :

- الحاجة لتعلم مهارات الاعتماد علي الذات .
- الحاجة إلى الدعم النفسى .
- الحاجة إلى التدخل المبكر .
- الحاجة إلى تقديم الدعم والتدريب للآباء .

كما أسفرت دراسة رجاء محمد شقير (١٩٩٩) عن الاحتياجات الاتية:

- الاحتياجات البدنية والأكاديمية والترفيهية .
- الحاجة إلى تنمية مهارات الاعتماد علي النفس ورعاية الذات والدعم النفسي.
- الحاجة إلى تنمية اكتساب المهارات الانتقالية لدخول عالم الكبار .
- الحاجة إلى التدخل والتعاون بين المدرسة والأسرة .
- الحاجة إلى الدمج والحاجة إلى عمل جداول عمل مدونة.

ومن الأمور المهملة في البلاد العربية هي التأثيرات النفسية للإعاقة علي الطفل وعائلته وقد لا يستطيع الطفل التعبير عن نفسه وعن حاجاته وتلك الحاجات يجب أن ندركها فهو طفل كغيره من الأطفال لديه أحاسيس ومشاعر

وانفعالات وهو بحاجة إلى الاحتكاك للتعلم من الحياة ، كما أن العائلة تقاسي في البحث عن العلاج والإرشاد لما تستطيع عمله لطفلها ، كما أن رعاية الطفل تحتاج إلى الكثير من الوقت والجهد كل ذلك ينعكس بتأثيرات سلبية عليها ، مما قد يؤثر علي الاستقرار العائلي وعلاقة العائلة بعضها البعض ، كل ذلك يؤكد علي أهمية الدعم الاجتماعي للعائلة بالإضافة إلى احتياجات للدعم والتوجيه والإرشاد النفسي .

يدل هذا علي أهمية تلك البرامج التربوية والتاهلية المقدمة لهؤلاء المعاقين والتي تؤدي إلى تنمية قدرات الفرد من جميع النواحي لتجعله قادرا علي العيش باستقلالية في المجتمع الذي يعيش فيه وهذا يعتمد بدرجة كبيرة علي مدي توفير تلك البرامج كذلك علي مدي تقبل الفرد لاستخدام تلك البرامج فهناك كما هو معروف انه بعض الأشخاص يخجلون من أعاقتهم فنراهم في المنزل انطوائين يشعرون بالدونية والخجل من ظهور الناس وهذا يعتمد علي مدي تقبل المجتمع للفئات ذوي الاحتياجات الخاصة ولذلك تغيير تلك الاتجاهات من قبل الأسرة والمجتمع ومن ثم توفير البرامج والخدمات التربوية والتأهيلية للإفراد المعاقين الذين يمتلكون مواهب وقدرات إبداعية لكي يستغلوا قدرتهم وينموا مواهبهم فيما يعود عليهم بالنفع العام .

توقعات المستقبل للأطفال المصابين بالشلل الدماغي :

تختلف إصابة هؤلاء الأطفال كما تختلف أصابع اليد الواحدة ، ومستقبل الطفل يعتمد علي درجة الاصابة بشكل كبير ، ولكن التدخل المبكر قد يؤدي

إلى نتائج باهرة مهما كانت حالة الطفل وشدة إصابته فالطفل الذي لدية إصابة خفيفة قد لا تظهر عليه مشاكل واضحة ولكن قد يكون غير بارع كأقرانه ، ومع زيادة شدة الحالة تكون الأعراض اشد ، ولكن ذلك لا يمنع من حصولهم علي درجات مختلفة من الخبرات تمكنهم من الاعتماد علي أنفسهم في حياتهم اليومية، والبعض منهم قد يكونون معاقين حركيا وفي نفس الوقت لديهم درجة عالية من الذكاء ، والتطور العلمي قد أوجد الكثير من الأدوات المساعدة والتي قد تقوم بتحسين حياتهم ومعيشتهم اليومية ، وزيادة التواصل مع المجتمع من حولهم .

لم يكن استشراف المستقبل من وجهة نظر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في أي وقت مضى أكثر إشراقاً مما هو عليه الآن. إذ تساعد التقنيات العلاجية والجراحية في استحداث مناهج معالجة جديدة تساعد في السيطرة على المشاكل المرتبطة بالشلل الدماغي كالتشنج والنوبات المرضية وتصميم معدات خاصة تساعد هؤلاء الأطفال في فك وثاق قدراتهم الكامنة كما لم يحدث من قبل .

فعلى سبيل المثال تعطي الحاسبات اليوم للأطفال أصوات لم يكونوا يستطيعون الكلام من دونها كما أصبحت وسائل التقويم والتنقل المصنوعة من اللدائن والمعادن الخفيفة تعطي حرية جديدة لحركة الأطفال ذوي المهارات الحركية المحدودة .

ولم يعد التقدم الحادث في مجالي الطب والتكنولوجيا السبب الوحيد لتفتح آفاق الأمل أمام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وأسرهم بل تضاف

إليه فرص التعليم التي تساعد هؤلاء الأطفال في التقدم بخطوات عملاقة تجاه التغلب على آثار إعاقتهم .

ويوجد سبب آخر يجعلنا نتفاءل بمستقبل الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يتمثل في تزايد دور الآباء في مساعدة أطفالهم. فقد أصبح المعالجون – مثلاً– يدربون الآباء بشكل روتيني على تعزيز المهارات الحركية والكلامية لأطفالهم في البيت. ويعتمد المعلمون على المعلومات التي يزودهم بها الآباء لتحديد كيفية وماهية التعليم الذي يجب أن يتلقاه هؤلاء الأطفال في المدرسة . ولأن الآباء هم الخبراء الحقيقيون في حالة أطفالهم وحاجاتهم الخاصة فإنهم أقدر من غيرهم على مساعدتهم في تلقي الخدمات الأنسب لهم. ويستطيع الأباء أن يعملون جنباً إلى جنب مع المعلمين والمعالجين لمساعدة طفلهم ليكبر ويتعلم. إذ يساعد هذا النوع من الشراكة بين الآباء والاختصاصيين في إحراز تقدم أفضل. ويعتمد مقدار التقدم الذي سيحرزه الطفل في النهاية على عوامل عديدة بما فيها قدراته الفكرية ونوع مشاكله الحركية وحدتها. إذ يتخرج بعض الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من المدارس الثانوية النظامية ويدخلون الجامعة وينجح آخرون في إكمال المدارس الثانوية المهنية ويقضي قسم آخر منهم سنواته الدراسية في برامج مصممة لجعلهم مكتفين ذاتياً إلى أقصى حد ممكن. وهكذا نرى بعض هؤلاء الأطفال يكبرون ليعملوا في وظائف تمكنهم من إعالة أنفسهم. بينما يحتاج آخرون مقادير متفاوتة من الدعم المادي لمساعدتهم في تدبير شؤون حياتهم. وخلاصة القول أن الأطفال المصابين

بالشلل الدماغي أصبحوا قادرين اليوم على أن يعيشوا حياة غنية مليئة وأن يستمتعوا بالصحة الجيدة والأصدقاء المخلصين والمشاعر الطيبة تجاه أنفسهم وإنجازاتهم وستساعد البرامج العلاجية والتعليمية المناسبة الآباء على انطلاق أطفالهم في الطريق المؤدي إلى مستقبل مشرق وسيعمل الآباء بتحيزهم ودعمهم على إبقائه سائراً في هذا الطريق .

تأثير الإعاقة على المعاق وأسرته :

الآثار النفسية:

من الواضح ان السمات او الخصائص النفسية لتلك الفئات من فئات ذوي الحاجات الخاصة تشترك او تتشابه من حيث بعض الآثار النفسية للإعاقة بشكل عام، كالقلق والتوتر،الانفعال وغيرها من السمات التي تكون عامة لدي المبتلين بها من فئات ذوي الحاجات الخاصة الا انها قد تتميز بسمات نفسية مرضية ربما لا توجد لدى بعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة فحياتهم مجموعة من الحرمان الحركي الذي لا يكون موجودا لدى بعض الفئات الأخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة، فحياتهم مجموعة من اللاءات الحركية التي عليهم الالتزام بها مجبرين ام راضين" فلاللعب رغم أهميته، ولا للحركة خشية السقوط ولا لدخول الحمام منفردا ولا للتنقل دون مساعدة ولا للتشابه مع الآخرين حتى بينه وبين نفسه.

فكل كلمة لا ورائها اضطراب نفسي يتراكم يوما بعد يوم، وتزداد الإعاقة سوءا مع تقدم العمر، وتزداد الاحباطات التي تعبر عن حالته النفسية بسبب تلك

العقبات التي تعترضه . وهو في هذه الحال اما ان ينسحب وتعتل صحته النفسية بكل ما تحمله الكلمة من معنى، واما ان يتجة نحو نفسه كي يعوضها ذالك الحرمان الحركي بما تبقى لديه من قدرات.

فالمعوق حركيا له مشكلات ولايمكن إدماجه في الحياة العامة بشكل فعال الا بعد معالجة هذه المشكلات، فهو اولا لديه مشكلة جسمية تتمثل في عدم القدرة على الحركة او ضعفها، وينتج عن هذه المشكلة الجسمية اخطر المشاكل الاجتماعية، وهي الاعتماد على الآخرين، وهذه تشكل اكبر صعوبة يمكن ان تصادف المعاق اذ انه سيشعر بالنقص ويبني صورة سلبية عن نفسه وبلا شك فانه سيشعر بالقلق والاكتئاب، ومع تراكم هذا الشعور فانه ومن ضمن العمليات اللاشعورية فان ذلك سينعكس علية سلوكيا من عدوانية وانطواء والأخطر من ذلك رفض التوافق مع مشكلته الجسدية وتلك إحدى اهم المشكلات التي يواجهها القائمون على برامج تؤثر الإعاقة الجسمية والصحية في الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد المعاق وأسرته، وتعتمد شدة هذا التأثير على نوع الإعاقة وشدتها وعمر الفرد عند الإصابة بالإعاقة، وكذلك على الظروف الاسرية والمجتمعية التي ينتمي لها الفرد المعاق، كذلك فان للأسرة دور هام في التخفيف من معاناة الفرد المعاق جسميا وصحيا اذا وفرت الاسرة الدعم والتقبل للفرد المعاق او انها قد تكون مصدرا لهذه المعاناة اذا لم توفر مثل هذا الدعم او انها لا تتقبل الإعاقة اصلا. اما المجتمع فهو الذي يحدد او يسمي الإصابة على أنها إعاقة بسبب ما تصنع من قيود على الفرد المعاق، او بتفسيرات المجتمع لمدى الفروق بين أفراده مما يؤثر على نمو الفرد وتكيفه الاجتماعي

ومن هنا فان هناك اختلافات في حياة الافراد المعوقين في المجتمع والتي تعتمد في الاساس على استجابة المجتمع وتوقعاته .لذلك فان المشكلات التي يعاني منها المعوقون جسميا وصحيا ليست بسبب طبيعة الإعاقة فحسب.

وإنما ايضا بسبب نظرة المجتمع نحوهم والمتمثلة في العقبات التي يضعها المجتمع او التسهيلات التي يوفرها للمعوقين انفسهم. لذلك فالعوامل التي تؤثر في الجانب النفسي كثيرة الا ان كل فرد معوق يعتبر منفردا فيما يعايشه من خبرات تنعكس بالتالي على تكيفه مع المجتمع. اشارت الدراسات الى انه لا يوجد نمط شخصية محدد يرتبط باعاقة معينه، كما انه لا توجد علاقة مثبتة بين شدة الاعاقة و التكيف النفسي لها. فيمكن ان يعاني الفرد من اعاقة شديدة ولكنه في نفس الوقت متكيف معها او من الممكن ان تكون اعاقته بسيطة ويعاني من سوء تكيف.

ان ما يعني او يدل على وجود اعاقة عند الفرد يعتمد عل تفسير معنى الاعاقة ومصادر الدعم المتوافرة والمقدمة له وليس بالضرورة على مدى شدة الاعاقة وطبيعتها.

التأهيل النفس للمعاق بدنياً:

فهناك ايضا ما يمكن ان يعاني منه المعوق بدنيا، ففي دراسة عن الاثر النفسي للإعاقة البدنية لدى المعاقين حركيا، وجد انهم يتسمون بالإحباط الشديد، وكراهية النفس، والشعور بكراهية المماثلين لهم في السن خاصة لدى فئة

الأطفال، والإحساس بالخجل من مواجهة المواقف والإحساس بالظلم وانخفاض مستوى الطموح واضطراب صورة الذات والسلوك المضاد للمجتمع وعدم التوافق.

١) العوامل التي تؤدي لاستجابة المعوق نفسيا:

- السن عند حدوث الإعاقة: فهناك معاقون ولاديا وهناك من أصيبوا صغارا، وهناك من طرات عليهم الاعاقة الحركية كبارا.
- الجنس: جنس المعاق يؤثر على تقويمه لذاته، فقصر الطرف الأسفل مثلا عند الانثى يكون اشد تاثيرا عنه عند الرجل.
- الذكاء: المعوق ضعيف الذكاء يكون اكثر اعتمادا على غيره ويكون اكثر تعرضا لليأس والانفجارات العاطفية.
- سمات الشخصية:طبيعة شخصية المعوق قبل حدوث العاهة تؤثر على استجابته لحدوث العاهة.
- الحالة الجسمية قبل العاهة: الكفاءة الجسمية قبل العاهة تؤثر بالطبع على استجابة المعوق، فاذا كان يتمتع بكفاءة جسمية عالية، قلت نسبة العجز الذي تحدثه العاهة.
- الموقف النفسي والاجتماعي للمعوق: المعوق الذي ينتمي الى اسرة مترابطة يجد فيها العطف والمساندة عند حدوث العاهة.
- طبيعة العاهة: الآثار النفسية للعاهة ستختلف حسب طبيعة العاهة الجسمية.
- مدى إصابة الجهاز العصبي: اذا كانت الإصابة راجعة الى الجهاز العصبي، فان التأثير النفسي لها لن يتوقف على شخصية المريض فقط

وكيف يتفاعل مع العاهة، ولكن سيتوقف على التغيرات النفسية المباشرة التي تحددها إصابة الجهاز العصبي وهذه التغيرات تتمثل في: اضطراب الذاكرة – تدهور الذكاء – تغيرات انفعالية مثل القلق الشديد الاكتئاب – تغيرات أخلاقية مثل فقدان القدرة على التحكم والتوجيه الاجتماعي في الانفعالات والرغبات .

٢) المشاكل النفسية للمعوق حركيا:

- الشعور بالتعب اذ ان المعوق حركيا عليه ان يبذل من الطاقة والجهد الكثير لتعويض قصوره البدني.
- تغيير المظهر العام للجسم: الإعاقة الحركية لا يمكن إخفاؤها، وهي تصيب الجسد مباشرة مما يسبب ألاما نفسية شديدة.
- الإحساس الوهمي بالطرف: كثير من المعاقين المصابين بالبتر يشعرون بوجود الطرف المبتور وكثيرا ما يشعرون بالأم في هذا الطرف.
- مشكلات سلوكية عند استقرار الحالة:بعد ان يصاب الفرد بالإعاقة الحركية يعاني من اثار نفسية ناجمة عن الإعاقة الحركية تتمثل فيما يلي:

١. اثار نفسية ناتجة عن تفاعل المعوق للعاهة المؤدية الى العجز الجسمي ويؤثر على هذه الاثار مجموعة عوامل هي: خبرات الفرد، حجم الخوف الذي اعتراه خلال بداية المرض و الحادثة التي أدت الى العجز، معاملة أسرته، اماله في الاعتماد على نفسه في كسب عيشه وإحساسه بالأمن.
٢. تاثيرات نفسية ناجمة عن تفاعل وسلوك الاخرين نحو المعوق.

٣. مشكلات نفسية ناجمة عن استخدام الجهاز التعويضي" عدم السيطرة على الجهاز، عدم امكانية تحقيق التازر الحركي العضلي في الحركة، اضطراب المظهر العام للمعوق، وجود عيوب في الجهاز التعويضي."

مشكلات نفسية ناتجة عن تغير الظروف:

- فقد المكانة الاجتماعية للمعوق.
- وجوده تحت العلاج لفترات طويلة قد يؤثر على من يرعاهم، كما يؤثر على علاقاته بأفراد الأسرة التي قد تصل الى حد نبذ وإهماله.
- التعطل نتيجة الاعاقة الحركية قد يؤدي الى وجود فراغ لا يعرف المعوق كيف يستغله مما قد يجعله ف ريسة لانواع الترفيه الخاطئة او استغلال الاعاقة للحصول على الشفقة والعطف والاستجداء.
- اذا كان المعوق متزوج فقد يؤدي الوجود بعيدا عن الزوج او الزوجة تحت العلاج، الى غيرة المعوق، مما يؤدي الى تفكك العلاقات الأسرية.

خصائص أسرة المعاق حركيا:

يوجد عدد من النواحي الهامة في الحياة الأسرية، والتي تعكس نواحي الحياة التي يمكن ان تضيف الى تكيف الأسرة او اختلال الأداء بها، وفيما يلي سنعرض الخصائص الأساسية التي ترتبط بالتراث وبالأسرة مباشرة ذات الأطفال المعاقين:

- **الضغط:**

لقد انشأ هيل (Hill,1949) اول نموذج نظري للضغط النفسي الواقع على الأسرة مشتملا الآتي (abcx) ، فالعامل:(a) الحدث الضاغط يكون حدثا حياتيا او تحولا يؤثر على الأسرة ويمكن ان يحدث تغيرا في نظام الأسرة.فمن الممكن ان يؤدي هذا العامل على سبيل المثال لزيادة دخل الأسرة وذلك كحقيقية للعبء الذي يسببه وجود طفل معاق داخل الأسرة، وهذه الصعوبة يمكن ان تضع أعباء على ادوار ووظائف أفراد الأسرة، او تؤثر في الأهداف الموضوعة، او تقلل التفاعلات الأسرية، والعامل:(b) موارد الأسرة وصف بانه قدرة الأسرة على منع حدث ما او تغير في الأسرة من إحداث الكارثة، وهو قدرة الأسرة على مقابلة العقبات وان تقلص مدى الأحداث، وهذا العامل يرتبط مباشرة بالفكرة القائلة بان مرونة الأسرة وجودة العلاقة السابقة لوجود طفل معاق يمكن ان يكون منبأ هاما بقدرتها على التكيف، ويمكن ان تكتسب الموارد أيضا خارج الأسرة بواسطة بدء الاتصال بالخدمة الاجتماعية . والعامل :(c) فيقصد به التعريف الذي تضعه الأسرة لخطورة الحدث الضاغط الذي تعيشه وهو يعكس القيم الأسرية وتجاربها السابقة في التعامل مع الكارثة . ويشبه هذا العامل المكون الرئيسي في أسلوب المعالجة الانفعالي المنطقي، فالحدث ليس هو بذاته هو المزعج ولكن للفرد ولكن المعنى الذي ينسب الى الحدث هو الذي يكون مصدر للتفكير المشوش، اذن فالعوامل (abc) تؤثر جميعها في قدرة الأسرة على منع الحدث الضاغط من خلق الكارثة . والعامل(x) فالكارثة تعكس عجز الأسرة عن الاحتفاظ بالتوازن والثبات. ومن المهم ان نلاحظ ان الحدث الضاغط

يمكن الا يصبح ابدا كارثة لو ان الأسرة قادرة على استخدام الموارد الموجودة وتعريف الموقف كحدث يسهل التعامل معه.

- **توافق الأسرة وتكيفها:**

يمكن حفظ التوازن داخل الأسرة اذ توفر فيها الأمور التالية:

١. اكتساب مصادر جديدة او تعلم سلوكيات مواجهة جديدة.
٢. تقليل المطالب التي تواجه الأسرة.
٣. تغيير الطريقة التي ينظر بها الى الموقف.

- الدعم الاجتماعي: وهو عبارة عن إستراتيجية مواجهة خارجية ظهرت لتقلل من الضغط الأسري وهو يتمثل بثلاث جوانب رئيسية منها:العلاقات الحميمية(الزوجية) ، الصداقات ، الجيرة والدعم المجتمعي.

الإعاقات الجسمية والصحية والضغوط:

الضغط النفسي : هو الموقف الذي يطلب فيه من الفرد القيام باستجابات تكيفية ويظهر على شكل استجابات انفعالية، ولتقدير شدة الضغط النفسي الذي قد يعانيه المعوق لابد من الأخذ بعين الاعتبار العوامل التالية:

- المدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط.
- مدى تحمل الفرد للإحباط.
- إدراك الفرد للموقف على انه ضاغط.
- وجود تهديد مع الموقف الضاغط.

وللمدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط أهمية في تقدير مدى الضغط النفسي الذي يعانيه الفرد وكذلك يختلف الأفراد في مدى تحملهم للإحباط فمنهم من يتحمل الإحباط ويتكيف معه ومنهم من لا يستطيع ذلك، فتحمل الإحباط يظهر مدى تحمل الفرد واستعداده للتعامل مع المواقف الحياتية المختلفة التي تمنع الفرد من القيام بتلبية احتياجاته .فالإحباط يعني الفشل في تحقيق حاجات ألف رد او وجود موانع داخلية لدى الفرد وخارجية في البيئة التي يعيش فيها تحد من نشاطاته الموجهة نحو تحقيق أهدافه . كما ان تعدد المواقف الضاغطة وتنوعها من شانه ان يجعل الفرد يعاني اكثر مقارنة بالمواقف الضاغطة القليلة، ففي حالة المعوق جسميا وصحيا فان هناك كثيرا من المواقف الضاغطة التي تتطلب منهم التكيف معها. فبالإضافة للضغوط الجسمية والصحية فإنهم يعانون من مشكلات اسرية واجتماعية مختلفة.

فادراك الفرد للموقف الضاغط يعتبر احد العوامل التي تحدد شدة الضغط لان الشدة تعتمد على التفسير الذي يدركه الفرد للموقف على انه بسيط او شديد. وهناك ثلاث مصادر للضغوط التي يمكن ان يتعرض لها الافراد بشكل عام والمعوقون بشكل خاص:

- **الاحباطات:** هي عبارة عن الحالة النفسية التي يمر بها الفرد بسبب العقبات والمواقف التي تحول دون تحقيق الفرد لحاجاته البيولوجية والمكتسبة، ويمكن ان تكون بيئية او اجتماعية، فالعقبات البيئية هي المحددات المادية الموجودة في البيئة التي يعيش فيها الفرد، ففي حالة الاعاقة الحركية من

الممكن ان تكون المحددات تلك المباني التي لا يستطيعون الوصول لها بسبب عدم وجود التسهيلات البيئية كالممرات الخاصة بالمعاقين.

- **العقبات الاجتماعية** : تتمثل بالتحيز الاجتماعي والاتجاهات السلبية نحو المعاقين واستبعادهم من النشاطات الحياتية المختلفة التي يمارسها غير المعاقين في المجتمع، وتعتبر الاحباطات الاجتماعية اكثر ايذاء للافراد المعاقين، وذلك لانها تمنعهم من ممارسة حياتهم العادية خاصة اذا علمنا بان هذا النوع من الاحباطات الاجتماعية تمارس بشكل خفي وغير معلن، فالقوانين يمكن ان تعالج حقوق المعاقين ولكنها لا تمنع الممارسات عير المعلنة من قبل المجتمع.
- **الصراعات** : تعتبر من مصادر الضغوط التي يتعرض لها المعاقون فقد يضطر الفرد المعوق لتقييد نفسه بأهداف حياتية تتعلق بالعمل الذي يمارسه مستقبلا وذلك بسبب طبيعة الاعاقة التي يعاني منها، من هنا فان اختبارات المعوق تعتبر قليلة ومحدودة مقارنة باختبارات الفرد غير المعوق.

التكيف للإعاقة :

يواجه المعاق جسميا عددا كبيرا ومتكررا من مصادر الضغوط التي تتطلب منه القيام باستجابات للتكيف مع حالات الإعاقة التي يعاني منها، ويمكن التمييز بين ثلاث أنماط من الاستجابات لحالة الاعاقة:

- الاستسلام والخضوع للإعاقة والفشل في التكيف : الفرد يكون قد وصل الى حالة اليأس التي لا يتمكن معها القيام باية استجابات تكيفيه ايجابية، اذ

يعتبر نفسه سيء الحظ وان الاعاقة التي يعاني منها ستجعله قاصرا في اداء اية مهمة مطلوبة منه . لذلك نجده لا يحاول القيام بسلوكات من شانه ان تساعده في التغلب على المشكلات الرتبطة بنوع اعاقته بشكل محدد واذا كان المعاق من هذا النوع من حاملي الاعاقة فانهم بلا شك بحاجة لخدمات الارشاد النفسي للتعامل مع مشكلاتهم بشكل مباشر حتى يستفيدوا من الخدمات التربوية والتاهيلية.

- استخدام وسائل الدفاع الاولية: انه لايعتبر بحد ذاته مظهرا من مظاهر الاضطرابات الانفعالية الا اذا بالغ الفرد باستخدام هذه الوسائل فيصبح عن ذلك غير واقعي ويعيش بعيدا عن الحقيقة، ولا يقتصر استخدام وسائل الدفاع الاولية على المعوقين فحسب، بل يستخدمها الافراد غير المعوقين ايضا عندما يواجهون مواقف ضاغطة لا يستطيعون التعامل معها ولو مؤقتا، وهناك الكثير من وسائل الدفاع الاولية ومنها:

- **الانكار** : وهذا يعني رفض الحقيقة وعدم الاعتراف بالواقع المؤلم لدى الفرد المعاق عند تشخيص الحالة، ثم انكار حقيقة ان الاعاقة دائمة ولا يمكن الشفاء منها باستخدام العاقاقير والادوية والجراحة وغيرها، ويمكن ان يستمر لسنوات طويلة قد تحرم الفرد من الاستفاده من البرامج التربوية و التاهيلية.
- **الانسحاب الاجتماعي** : تمركز الفرد المعوق حول ذاته وعدم التفاعل الاجتماعي مع الاخرين والانعزال عنهم بسبب قناعتهم بان الاعاقة قد تكون دائمة وذلك كرد فعل للدافع المؤلم الذي يواجهه.

- **النكوص:** وهو استخدام المعوق لأساليب كان يستخدمها في مراحل عمرية سابقة كانت تلك الاساليب مفيدة في تخفيف الضغوط لديه.
- **الخيال** : هي وسيلة الدفاع التي يحقق من خلالها الفرد المعوق اهدافه وطموحاته التي يعجز عن تحقيقها في الواقع.
- **الكبت** : وهو تحويل الافكار السلبية والصراعات التي يعاني منها الفرد المعوق الى مستوى الاشعور لا وجودها في مستوى الشعور يبقى على شكل صراعات وافكار غير مقبولة اجتماعيا.
- **التبرير** : وهو تفسير يبدو منطقيا لاحداث او مواقف تخص الفرد بينما الاسباب الحقيقية انفعالية، قد يلوم او يعيد الفرد المعوق اعاقته وعجزه او قصوره الى اشخاص واشياء قد لا تكون هي الاسباب الحقيقية، كذلك يمكن تبرير عدم تحقيق الاهداف الى اسباب ليست هي الاسباب الحقيقية.
- **الاسقاط** : يعني الغاء ما لدى الفرد المعوق من خصائص وصفات لديه لا يحبها الى الاخرين، فقد يلجأ الفرد الى وصف الاخرين بما لديه هو من تقصير او جوانب سلبية.
- **التعويض** : وهو الاهتمام باحد جوانب القوة لدى الفرد لتعويض النقص او القصور في جوانب اخرى.

الاستجابات الموجهة نحو المهمة او الاستجابات التكيفية فهي الاستجابات الواقية التي تاخذ بعين الاعتبار حقيقة الاعاقة وديمومتها وكيفية التعامل معها، فهي استجابات تركز على الحاضر والمستقبل تجعل الفرد المعوق يعمل باتجاه

التغلب على الاعاقة والقيام بسلوكيات تكيفية للواقع الجديد الذي حصل بسبب اعاقته.

ان تكرار الضغوطات النفسية وشدتها تجعل الفرد يعاني من الاضطرابات الانفعالية ومن الناحية النظرية فان المعاقين جسميا وصحيا يعانون من تكرار الضغوطات النفسية وشدتها وبالتالي فهم اكثر عرضة لهذه الاضطرابات، ان التكيف الجيد بالنهاية الهدف الذي يجب ان يسعى اليه كل من المعقين جسميا وصحيا واسرهم وذلك من خلال تقبل الفرد المعوق لاعاقته والعيش بسلام مع مجتمعه.

- تاثير الاعاقة على الاخوة : في سلسلة دراسات اجريت وجدوا ان الاخوة الاكبر هم الذين يعيشون صراعا زائدا فيما بينهم عندما يكون عليهم متطلبات رعاية اكبر، وهذه النتيجة تنطبق فقط على مسؤوليات رعاية الطفل وليس على اعمال المنزل المنتظمة.

كذلك فالأخوة الاصغر على غير المتوقع فانهم يخبرون عن توتر في اداء الدور الملقى عليهم والذي يتسم بالقلق والصراع فالاخوة الاصغر غير المعاقين الذين يكلفون بادوار رعاية اكبر، يكون لديهم علاقات اكثر تضاربا من الاخوة الذين لا يملكون اخوة معاقين داخل اسرهم . وبصفه عامة فانه الاخوة يتوقعون ان عليهم مسؤوليات رعاية اكبر من الاطفال الاخرين ممن ليس لديهم اخ ذو اعاقة، وان الاشتراك في هذه النشاطات لا ينتج عنه نتائج سلبية اكيدة.

فالمستوى الثقافي والاجتماعي ربما يكون مرتبطا بحجم المسؤولية الملقاة على عاتق الاخوة غير المعاقين، وكلما كانت الاحوال المالية افضل في الاسرة

كلما كانت افضل استعداد لان نتقبل المساعدات الضرورية من مصادر خارجية. فالاسرة التي تشعر بالامن المالي تعتمد على مصادر رعاية داخل الاسرة حيث تحدث المشكلات المالية ضغطا زائدا، ويمكن ان تقلل من الثبات العام عندما تلقى مطالب زائدة وغير معقولة على افراد الاسرة.

وكذلك فإننا نلحظ العبء الملقى على الاخوة الذين يقومون برعاية اخيهم المريض جسديا بشكل مزمن، وتبين ان الاخوة الذين اثقل عليهم بشكل مفرط ربما يتركون البيت اثناء مرحلة المراهقة ويلاحظ انه يمكن رؤية علامات الاستياء الزائد بين الاخوة في الرعاية الجسدية المتهورة والقاسية.

وفي دراسة كذلك اجريت وجد ان الاطفال غير المعاقين قد عانوا بشكل متكرر من هجمات بدنية غير متوقعة من اخوانهم المعاقين فبعض الاخوة ذوي المرض المزمن يستعبدون الاخوة الاسوياء، كذلك الاخوة المرضى يوجهون اذى لفظي نحو الاخوة غير المعاقين، اساس بسبب الغيرة والحقد. وبشكل عام فانه في الاسر المترابطة ينظر الى رعاية الطفل ذي الاعاقة كمسؤولية مشتركة، وأثناء فترة المراهقة تصبح رغبة الاخوة في قبول الرعاية وتقديمها لأحدهم الاخر مصدرا للصراع.

- هل سيكون الامر سهلا لاختيار شريك الحياة؟ ومن الامور المهمة ايضا والتي تلقي حملا ثقيلا متعلقا بالامر وهو القلق الذي ربما ينتاب الاخوة اذا ما كان زوج او زوجة المستقبل سوف يقبل او يكون قادرا على تحمل الاخ المعاق ايضا.

- هل انا مثل اخي المعاق؟ في بداية الاعاقة ربما ينشغل الاخوة بالامساك بالاعاقة أي معرفة اسبابها ولوحظ ان هذا القلق يتفاقم عندما يعلم الاخةو ان الاعاقة سببها مرض مثل الحصبة الالمانية او غيرها من الامراض المعدية، ومن الامور التي ذكرت ان الاطفال الاسوياء داخل الاسرة كانوا يخشون من ان يصابوا بنفس المرض، كذلك فمرض الاخ يحطم الاساطير التي لدى الاطفال بان الامراض الخطيرة والموت يحدث بتقدم العمر.
- ما هو مستقبلي المهني؟ ربما تتاثر الاهداف الحياتية الاساسية للاخوة غير المعوقين عند وجود طفل ذو اعقة في الاسرة، فقرار مستقبل الاخ المهني ربما يتشكل بالتفاعل مع ورعاية اخ اقل قدرة فالاخوة العاديين يكونوا على علم بردود فعل الاخرين على اخيهم المعاقين، اضافة الى حساسيتهم للعلاقات الاجتماعية. وربما يصبح العمل المستمر لرعاية الاخ ذو الاعاقة ذاتيا خاصة في الاسرة المحبة الرحيمة الى حد انه يؤثر في قرارات اتخاذ المهنة في التجاه الى المهن المساعدة.

مما لا شك فيه أن الإعاقة الجسمية تشكل مشكلة تربوية وتأهيلية خطيرة، إذ ينتج عنها عدم قدرة المصاب على التوافق النفسي والاجتماعي. حيث تؤثر تأثيراً بالغاً على شخصية المصاب والمكونات المعرفية والانفعالية وإمكانات التفاعل الاجتماعي لديه.

فالإعاقة الجسمية بما تفرضه من حدود على إمكانات وقدرات وتفاعلات الفرد تؤثر على مفهومه لذاته وتنتقص من ثقته في نفسه وتشعره بالقلق والعجز، ومن ناحية أخرى فإن الإصابة تؤثر على أساليب تفاعل الأسرة مع الطفل

المعاق جسمياً فقد تلجأ تارة إلى الإنكار وإهمال الطفل، أو تصاب بالقلق والإحساس بالحسرة، أو تلجأ إلى الإشفاق على الطفل وحمايته خوفاً عليه، وبالتالي لا تهتم بعمليات تأهيله تربوياً أو مهنياً مما ينعكس على شخصيته.

ولقد تناول كثير من العلماء والباحثين مفهوم الإعاقة من وجهات نظر مختلفة نظراً لاختلاف مجالات عمل كل منهم، ولاختلاف زاوية الرؤية التي نظر كل منهم إلى الإعاقة من خلالها.

- ففي المجال الطبي: ينظر إلى المعوق باعتباره إنسان محدود في القيام بالأعمال الطبيعية بصورة مستمرة من جراء قصور بدني أو حسي أو ذهني، وتنشأ الإعاقة نتيجة لإصابة في الجهاز العصبي المركزي أو الحواس، أو غيرها من أعضاء الجسم نتيجة لمرض طارئ أو عيب وراثي تكويني .. وفي ضوء ذلك فإن الطفل المعوق هو الذي يعاني نقصاً جسمياً أو نفسياً سواء كان خِلقياً أو عند الولادة أم مكتسباً بسبب مرض أو حادث.
- وفي المجال الاجتماعي: يعتبر الفرد معوقاً إذا لم تكن لديه القدرة على الاستجابة لمتطلبات الحياة اليومية في مجتمع معين بصورة عادية.
- وفي المجال الاقتصادي: ينظر إلى الإعاقة من زاوية قدرة الفرد على الحصول على عمل معين والتكسب منه، فالمعوق" فرد تنخفض فرصته في الحصول على عمل ما والاحتفاظ به، نتيجة لنقص في مؤهلاته البدنية أو الفكرية". وحسب إعلان الأمم المتحدة بشأن المعوقين فإن المعوق" هو كل شخص لا يستطيع أن يكفل لنفسه كلياً أو جزيئاً ضرورات الحياة الفردية أو الاجتماعية نتيجة سبب فطري أو غير فطري في قواه الجسمية أو العقلية."

- أما في المجال التربوي: فإنه ينظر إلى الإعاقة من زاوية عدم قدرة المعوق على مسايرة نظم التعليم العادية، وعدم مقدرته على الانجاز والنجاح والمنافسة في الظروف العادية، مما يتطلب ضرورة الكشف المبكر وتشخيص الإعاقة، وضرورة تهيئة ظروف تربوية مناسبة، وإعداد أساليب رعاية تربوية تتفق مع نوع الإعاقة حتى يتمكن الطفل المعاق من اكتساب المهارات اللازمة لممارسة أنشطة الحياة والاندماج في المجتمع بشكل أفضل.

الفصل الثالث

دور الأسرة في حل مشكلات المعاقين حركياً

الأداء الوظيفي الأسري :

هو أسلوب وطريقة الأسرة في القيام بوظائفها من اجل تحقيق أهدافها وغاياتها وتوفير المتطلبات الأساسية والحاجات النفسية والتربوية لأبنائها من خلال التفاعل والتواصل بين أفرادها والقيام بالأدوار الأسرية وحل المشاكل والصراعات داخلها وإشباع حاجات أبنائها ومساندتهم ودعم جوانب النمو الشخصي والاجتماعي والضبط والتنظيم لديهم .

التفاعل الأسري : هو العلاقات والتفاعلات المتبادلة بين أفراد الأسرة ومدي حمايتها ودفئها أو برودها وجفافها وقربها أو تباعدها والانفعالات والمشاعر السائدة واتجاهاتهم نحو بعضهم البعض.

القيام بالأدوار الأسرية : هو تأدية الأدوار والمهام والمسئوليات داخل الأسرة وتمايز أدوار الفاعل والمفعول به بوضوح ومرونة وبتبادلية حسب ما تقتضيه أحوال الأسرة وظروفها المتغيرة والالتزام بتلك الأدوار والرضا عنها .

حل المشاكل والصراعات الأسرية : هي إتاحة الفرصة لأفراد الأسرة للتغلب علي الصراع والخلافات الموجودة بين أفراد الأسرة والسيطرة علي ما يمكن أن ينشأ عنها من غضب أو عدوانية .

التواصل الأسري : هو إقامة الحوار والحديث بين أفراد الأسرة والتعبير عن مشاعرهم وأحاسيسهم و الإدارك المتبادل لمعاني ذلك التواصل بين أفراد الأسرة.

إشباع الحاجات النفسية : هي تلبية الحاجات الأساسية لأفراد الأسرة والتي تشمل الحاجات الفسيولوجية والاجتماعية والنفسية التي من أهمها الحاجة للاستقرار والانتماء والاحترام والتقدير.

تحقيق النمو الإجتماعي والشخصي : هي ما تتيحه الأسرة من فرص النمو الشخصي والاجتماعي لأفرادها وتنمية مهارتهم الاجتماعية وقدراتهم الثقافية والمعرفية .

الدعم والمساندة الأسرية : هي قدرة أفراد الأسرة علي مساعدة بعضهم البعض ومدي اهتمامهم وارتباطهم وتعاونهم من اجل تحقيق مصالح جميع أفرادها .

الضبط والتنظيم الأسري : هو مدي قدرة الأسرة علي ضبط سلوك أفرادها وتعليمهم النظام والقواعد السلوكية والتخطيط لأنشطة حياتهم وإدارة شئونهم الشخصية والأسرية .

مفهوم الأداء الوظيفي الأسري : يمكن تعريف الأسرة بأنها جماعة ووحدة دينامية من نوع خاص ونظام معقد يتضمن وظائف مرتبطة ومتداخلة بين أفرادها وتتمثل الوظيفة الأساسية للأسرة في رعاية أبنائها وتنمية شخصياتهم وتوجيه سلوكهم في إطار جماعة صغيرة يربط بين أفرادها مشاعر وأحاسيس قوية .

وقد ركزت جميع المدارس والتوجهات النظرية في علم النفس والتربية علي دراسة الأسرة ودورها في حياة الفرد ويعد الاتجاه الوظيفي من أحدث واقوي التوجهات النظرية التي اهتمت بدراسة دور الأسرة وتسعي الدراسة الحالية إلى تناول الأداء الوظيفي الأسري في إطار المدرسة الوظيفية التي تؤكد علي تحليل

الأسرة في ضوء الوظائف التي تقوم بها من وجهة نظر دينامية وانطلاقاً من نظرية الانساق العامة التي تنظر إلي الأسرة باعتبارها نسقاً اجتماعيا متوازناً ودينامياً حيث ينظر المدخل البنائي الوظيفي إلي الأسرة كنسق اجتماعي يتكون من أجزاء تعتمد علي بعضها وتتفاعل مع بعضها البعض وتتمثل أهم القضايا التي تحظى بالاهتمام في إطار هذا المدخل في دراسة عناصر النسق من حيث أدائها لوظائفها بما يؤثر في النسق ككل والعلاقات الداخلية للنسق الأسري والعلاقات بينه وبين الأنساق الاجتماعية الأخرى .

الأسرة كنسق تحكمها قواعد وينتظم تفاعل الأسرة حسب هذه القواعد بحيث توجد أنماط منظمة وراسخة تجعل من الممكن لكل فرد من أفراد الأسرة معرفة ما هو مسموح به أو ما هو متوقع منه.

وتساعد مثل هذه القواعد غير المصاغة في كلمات عادة علي توضيح كيفية عمل الأسرة كوحدة وتشكل أساس وتطور تقاليد الأسرة وتحدد إلي درجة كبيرة ما هو متوقع من أعضاء الأسرة تجاه بعضهم البعض .

تعد النظرية الوظيفية علي الرغم من حداثتها من أكثر النظريات انتشارا في دراسة الأسرة في العالم العربي اليوم وتنحصر أهم فروض هذه النظرية في ثلاث مسلمات أساسية وهي :

١- أن كل وحدة نسقيه ينظر إليها علي أنها كل متكامل أي نسق موحد .

٢- أن كل جزء في النسق يتأثر بالأجزاء الأخرى ويؤثر فيها لذلك فان التغير الذي يحدث في بعض الأجزاء من شأنه أن يحدث تغييرات في الأجزاء الأخرى .

٣- يوجد النسق في حالة من التوازن الدينامي المستمر لذا فإن التغير داخل النسق يحدث في حدود معينة .

وعند دراسة الأسرة وفقا للمدخل البنائي الوظيفي يمكن أن ينصب التركيز علي جانب من الجوانب التالية : وظائف الأسرة بالنسبة للمجتمع ووظائف الأنساق الفرعية داخل الأسرة ككل أو بالنسبة لبعضها البعض ووظائف الأسرة بالنسبة لأفرادها باعتبارهم أعضاء فيها ولعل من أهم النظريات التي تبعت الاتجاه الوظيفي في دراسة الأسرة نظرية الدور الاجتماعي للأسرة والتي تشير إلي وجود خمسة أدوار اجتماعية أساسية للأسرة وهي (الدور الوظيفي – البنيوي) ودور الأسرة كمؤسسة ودورها في النمو ودورها في التفاعل ودورها الموقفي .

ينصب التركيز في مجال دراسة الأسرة في إطار النظرية الوظيفية علي الأجزاء التي يتكون منها النسق الأسري في ارتباطها ببعضها البعض عن طريق التفاعل والتساند الوظيفي مع الاهتمام بكل جزء وعنصر في النسق باعتباره مؤديا لوظيفة معينة في النسق الكلي أو معوقا له .

ويخضع النسق الأساسي ووظائفه لما تخضع له الأنساق الحيوية من تغير بفعل تعرضها لمثيرات مستمرة أو احتكاكها بالأنساق الأخرى وتجاهد الأسرة السوية في التفاعل مع هذه التغيرات وتسعي لتحقيق وضع جديد يتسم بالاستقرار مع الظروف الجديدة وهو ما يعكس مدي مرونة النسق وقدرته علي تجديد نفسه واستمراريته عبر الظروف المتغيرة بينما تحاول الأسر غير السوية إنكار التغير والاستمرار في تكرار أنماطها السلوكية القديمة .

ويكون سواء الأسرة مثل سواء الأفراد الذي يتوزع توزيعا اعتداليا بحيث تتركز معظم الأسر في المنتصف وتقل عند الإطراف ولا نستطيع وضع خط فاصل أو محدد بين الأسر السوية وغير السوية ويكون نصيب الأسرة من السواء أو المرض بقدر قربها من قطب السواء أو المرض الذي يجعل منها نسقا صحيا Healthy family functioning system أو نسقا سيئ الأداء Dysfunctional system ويكون سوء الأداء هنا نتيجة ترتيب علي حجم اللاسواء الذي يتصف به النسق ولا سواء هنا يعني أن عمليات التفاعل داخل النسق ليست صحيحة وغير سوية ويجب أن نأخذ في اعتبارنا دراسة نظام الأسرة الداخلي والنظر إليها علي أنها مجموعة من الأنظمة المتآلفة لكل فرد فيها دور محدد وتكون عملية التفاعل التي تحدث بين هذه الأنظمة ثنائية أو متعددة وبينهما علاقات متفاعلة تعبر عن درجة من التجارب والتفاعل المتبادلة الذي يحدث عبر الحدود التي تفصل بين كل نظام وأخر وتحدد نمط أداء الأسرة لوظائفها .

وتتحدد الوظائف الأساسية للأسرة السوية فيما يلي :

١- توفير الاحتياجات الأساسية من مأكل وملبس وحماية لجميع أفرادها .

٢- القيام بالتنشئة السوية والمساندة وتوفير الراحة والدفء لجميع أفرادها .

٣- تنمية المهارات الحياتية والاجتماعية والتربوية والانفعالية والجسمية لإفرادها.

٤- إدارة النسق الأسري والمحافظة عليه من خلال القيادة الرشيدة وتدبير الموارد المالية للأسرة وتهذيب سلوك أفرادها وتأكيد السلوكيات المرغوبة والإيجابية لديهم .

أنماط الأسر في استجابتها للضغوط المتعلقة بالإعاقة لدي الطفل :

يحدد (دانييلي) Danilei أربع فئات أو أنماط للأسرة من حيث استجاباتهم لضغوط صدمة وجود طفل معوق بها وذلك فيما يلي :

١- نمط الأسرة الضحية Victim type family

يتصف هذا النمط بما يلي :

- يعيش هذا النمط من الأسر التي تعاني صدمة في حاله من الانغلاق علي ذاتها ويتناقص تفاعلها مع المجتمع ومع الآخرين من خارج الأسرة .
- يختزل نظام الحاجات عند أعضاء الأسرة وينخفض مستوي الدافعية عندهم بحيث تتركز الاولويات الكبيرة علي دور الأسرة بالنسبة للابن المعوق مما ينعكس علي ويؤدي إلي مشكلات في حاضرهم ومستقبلهم .

٢- نمط الأسرة المناضلة fighter type family :

في هذا النمط من الأسر لا يوجد مجال للضعف أو للاشفاق على الذات ويسيطر علي استجابات الأسرة الكثير من المحاذير والذكريات والتطلعات و يعد الإسترخاء أو السرور أو الابتهاج أمور غير ضرورية .

٣- نمط الأسرة الخدرة numbing type family :

إن استجابات التخدر الانفعالي تغمر الأسرة كلها ويجري استهلاك طاقات النظام الأسري وأسلوب حياة الأسرة في عملية اندماج كل فرد فيها في حماية الآخرين في الأسرة .

٤- نمط الأسرة الرافضة those who makeit family :

يتمثل هذا النمط في أن أحد الوالدين أو كلاهما يكون مسئولا بشكل أو بأخر عن الصدمة التي وقعت للأسرة مثل الإدمان إساءة معاملة الزوجة أو الأبناء أو الهجران أو الفشل في العمل أو الخسارة الاقتصادية وهم ينزعون إلي إنكار خلفيتهم وخاصة الخبرات المفزعة التي عاشت فيها أسرهم.

وفي دراسة لـ جيركي وآخرين بعنوان الأداء الوظيفي الأسري ، المشاعر الصريحة وإبعاد المناخ الأسري أسفرت النتائج عن اختلال الأداء الوظيفي الأسري مع أسرتين لديهم نسبة مشاعر صريحة عالية مقارنة بتلك الأسر القادرة علي إخفاء المشاعر.

والمشكلة هنا أن التعرض المستمر للضغوط وبالتالي استمرار آليات التكيف في التفاعل مع الضغوط وفقا لهذه المراحل الثلاث يؤدي إلي حالة من الاضطراب تؤدي إلي اختلال توظيف إمكانات الأسرة وأعضائها وتشغيل طاقاتهم وبالتالي تعطيل كفاءات وفعاليات تلك الجماعة في رعاية الطفل المعوق وفي الوفاء بالتزامات ومسئولياتها نحوه.

وفي دراسة بعنوان العلاقة بين الأداء الوظيفي الأسري والمعاملة المترتبة عليه اتضح أن وجود طفل معوق يجعل الأسرة أكثر عرضة للاضطراب والتفكك مما ينعكس علي الأداء الوظيفي الأسري ويؤدي إلي وجود فروق داله في الأداء الوظيفي الأسري بمختلف أبعاده بين الأسر العادية واسر الأطفال المعوقين لصالح الأسر العادية .

ومثل سواء الأفراد يكون سواء الأسر يتوزع توزيعا اعتداليا بحيث تتركز معظم الأسر في المنتصف وتقل عند الأطراف ولا نستطيع أن نضع خطا

فاصلا محددا بين الأسر التي نعتبرها سوية والأسر التي نعتبرها غير سوية ويكون نصيب الأسر من السواء وبقدر قربها من قطب السواء أي من أنصافها بخصائص السواء والعكس صحيح فالأسر غير السوية بقدر قربها من قطب اللاسواء وإنصافها بخصائص اللاسواء .

فالنسق الأسري يمكن أن يكون منغلقا علي ذاته ذو قواعد جامدة ويقاوم التغير ويعزل نفسه عن المعلومات الخارجية لان حدود سمكية وصلبة بينما تكون حدوده الداخلية (بين الأنساق الفرعية) متميعة وذات نفاذية عالية الأمر الذي يجعل من هذا النسق نسقا سيئ الأداء Dysfunctional system وسوء الأداء هنا نتيجة تترتب علي مقدار حجم اللاسواء الذي ينصف به النسق الأسري ولا سواء الأسرة هنا يعني أن عمليات التفاعل داخل النسق ليست صحيحة وليست سوية وبالتالي فإن أي عمليات تقويم (إرشاد أو علاج) للأسرة تنصب علي تصحيح هذه العمليات وجعلها تسير في الخط الصحيح والسوي .

ويتسم أباء الأطفال المعوقين بتقدير ذات منخفض وحاجات عالية للاعتمادية علي الآخرين ولكنها حاجات غير مجابة وغير مشبعة وتوقعات مشوهة ومبالغ فيها من الآخرين كما أن لديهم مشكلات في فهم الآخرين كل هذه الجوانب عند هؤلاء الآباء تجعلهم غير قادرين علي توفير المناخ المناسب والمعاملة المتوازنة لأطفالهم وخاصة المعوقين منهم .

وقد يشعر الطفل المعوق في الأسرة المسيئة أو في الأسرة المهملة بالأشياء من الوالدين لأنه يصيبه دون أخوته أسوا ما في معاملتهما لابنائهما

وفي هذه الحالة تكون الرابطة بين الوالد (الأب – للأم) والطفل المعوق ضعيفة إلي الدرجة التي لا تحمي الطفل من الغضب والإحباط الوالدي . وربما لا يكون الوالد مدركا تمام الإدراك بجوانب النقص عند الطفل وربما إدراك الأداء الضعيف للطفل علي أرضية من العلاقة الفاترة بينهما ولم يرها مشكلة نمائية ومن هنا يصب الوالد غضبه وسخطه دائما علي الطفل المعوق ومثل هذه الأسر تحتاج دائما إلي كبش فداء تفرغ فيه شحناتها الانفعالية السلبية وليس هناك من هو أفضل من الطفل المعوق ليقوم بهذا الدور .

تلخص لامبى ودانيلز مورنج نتائج البحوث التي درست خصائص كل من الأسرة المسيئة والأسرة المهملة للطفل فيما يلي :

- العزلة عن مصادر الدعم الاجتماعي وعدم الاستفادة منها .
- معاناة المستويات العالية من الضغوط البيئية مثل المشكلات المالية والطبية.
- خبرة مستويات عالية من الصراع الوالدي .
- وجود نمط السيطرة / الخضوع في العلاقات الزوجية .
- الاقتصار إلي المستويات المناسبة من الاتصال الجسمي من أي نوع .
- تفشي أسلوب التربية العقابى غير المنسق .
- بناء الأسرة العشوائي أو الفوضوي .

وفي دراسة لـ كالي (Kaly,B.H) بعنوان تأثير الصراع الوالدي علي توافق الأبناء وجد أن هناك ارتباط ممارسة الوالدين للأساليب المعاملة (تسلط ، سيطرة ، صراعات) وبين توافق الأبناء حيث استخدام الوالدين لأساليب

المعاملة اللاسوية يجعل الأبناء غير قادرين علي الحياة بصورة ناجحة ومن ثم يؤثر ذلك علي توافقهم ويمكن أن يؤدي ذلك إلى استخدامهم لبعض الأساليب اللاسوية في التفاعل مع الآخرين .(Kaly , B . H : 1981)

الأداء الوظيفي الأسري لدي اسر الأطفال المعوقين جسميا :

يعد ميلاد طفل معوق بداية لسلسلة هموم نفسية لا تحتمل وتكليف بأعباء مادية شاقة ، وخلق لمخاوف وشكوك متزايدة للإباء ، وبداية لصراعات في وجهات النظر ، واختلافات في الآراء ، وتبادل الاتهامات ولوم للذات وللآخرين ، وهجران لمباهج الحياة ، أمانة للروح ، تفريغ معفي للحياة ، وسيطرة نزعات التشاؤم والانكسار النفسي ، وتحطيم للثقة في الذات ، وتعطيل للإرادة وخنق للآمال .

أكدت نتائج دراسة شاري واد وآخرون shari wade et al (١٩٩٥) أن وجود طفل معوق يجعل الأسرة أكثر عرضة للاضطراب والتفكك مما ينعكس بوضوح علي الأداء الوظيفي الأسري ويؤدي إلي وجود فروق دالة في الأداء الوظيفي الأسري بمختلف إبعاده بين الأسر العادية واسر الأطفال المعوقين لصالح الأسر العادية .

إما دراسة ماساهيرو تاناكا masahiro tanaka (١٩٩٧) فقد أكدت أن سوء الأداء الوظيفي الأسري في اسر المعوقين كان يعزي إلي ما يسببه وجود الطفل المعوق من عبئ واضح ، ليس بالنسبة للوالدين فقط وإنما للأسرة كلها لو كانت هذه الأسرة تتمتع بالاستقرار والتوافق قبل قدوم الطفل المعوق .

كما أبرزت نتائج دراسة اريك جونسيون Eric Jonson (١٩٩٨) أن كثرة المشاكل السلوكية والضغوط التي يسببها الطفل المعوق كانت تزيد من التأثيرات السلبية في الأداء الوظيفي .

كذلك أضحت دراسة ميشيل فريد مان واخرون Michael fredman et al (1997) أن وجود فرد في الأسرة يمر بمرحلة نفسية حادة تشكل عاملا خطيرا من عوامل سوء الأداء الوظيفي الأسري وذلك مقارنة بأداء الأسر الأخرى مع ذلك لذلك يجب التدخل الأسري مع معظم المرضي الذين يحتاجون لرعاية طبية نفسية نتيجة لمعاناتهم من اضطرابات نفسيه .

إن ميلاد طفل يعاني من الشلل الدماغى يجعل الإنكار ضعيف الاحتمال وبدلا من ذلك فإن مشاعر الصدمة والحزن والآسي تتكرر لدي الوالدين .

إن عزل الطفل الشلل الدماغى عن أمه بعد الميلاد مباشرة للعناية به طبيا يكرس حالة الفرقة والاغتراب بين ألام والطفل، وتزداد لدي ألام نتيجة الانفصال غير الطبيعي للطفل عنها مشاعر الخوف من وفاة الطفل .

وتواجه ألام مسئوليات إضافية في المنزل لرعاية الطفل المصاب بالشلل الدماغى ، أذ ان رعاية مثل هذا الطفل تتطلب جهدا كبيرا لتلبية احتياجاته الأساسية من إطعام ونظافة ، بالإضافة إلي الحركة والتنقل والعناية بمضعفات الإعاقة الجسمية التي تتطلب جهود مستمرة علي مدي الأيام والسنوات .

كما أن العناية بالطفل المصاب بالشلل الدماغى يؤثر علي التفاعل بين الطفل ووالدية ويكون اقل إشباعا للوالدين ويظهر الوالدين حماية زائدة للطفل مما يزيد من اعتماده علي الغير ويفسر بعض الباحثين الحماية الزائدة من قبل

الوالدين للطفل علي أنها تعبير عن مشاعر الذنب بسبب إنجاب الطفل تتأثر العلاقة بين الزوجين أيضا وينعكس علي الجوانب العاطفية بينهما وعلي قدرتهما علي التكيف مما يتسبب في مشاعر الحزن والاكتئاب وبذلك فان الضغوط التي يتعرض لها الزوجان بسبب إعاقة طفلهما ربما تؤدي إضعاف العلاقة بينهما خاصة إذا كانت ضعيفة من الأصل أو ربما تؤدي إلي تقوي العلاقة ودعم كل منهما للأخر.

أكدت نتائج دبوتا فارينجتون debotah farrington (٢٠٠٤) وجود فروق دالة في إبعاد المناخ الأسري والعلاقات الزوجية والمهام والأدوار الأسرية والتماسك الأسري والأعباء المادية بين اسر الأطفال العاديين والمعوقين لصالح اسر العاديين .

كما أكد اليسون هير Alison Hear (٢٠٠٤) أن الأداء الوظيفي الأسري لدي اسر المعوقين كان يتسم بالضعف والقصور في مجالات الاستجابات الوجدانية والتعبير عن وأداء الأدوار الأسرية وحل المشاكل .

كما أكدت نتائج دراسة اريك جونسون Eric Jonson (١٩٩٨) أن وجود طفل معوق يؤدي إلي شعور الوالدين – خاصة ألام – بعدم الكفاءة الشخصية والاجتماعية وبانخفاض مستوي أدائها داخل الأسرة . كما أبرزت نتائج دراسة سوزان وينجر susan weinger (١٩٩٩) أن التقبل الأسري للطفل المعوق يمكن أن يكون له أثار إيجابية علي تحسين الأداء الوظيفي في اسر المعوقين .

الحاجات الخاصة بأسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي :

١- الحاجة إلي الدعم النفسي لما تعانيه الأسرة من وجود المصاب بالشلل الدماغي بها وتوفير الدعم عن طريق إجراءات الإرشاد الأسري للوصول إلي التكيف مع حالة الإعاقة ويجب أن يشمل الدعم الوالدين والاخوة والأخوات .

٢- الحاجة إلي الدعم الاجتماعي بسبب ما تعانيه الأسرة من تميز ضدها نظرا لوجود فرد من أفراد الأسرة يعاني من شلل دماغي ، والعمل علي أن يتقبل المجتمع الطفل المعاق بالشلل الدماغي وان لا يتم التميز ضده وتعديل الاتجاهات السلبية في المجتمع نحو الشلل الدماغي والمصابين به .

٣- الحاجة إلي الدعم النفسي عن طريق توفير خدمات الإرشاد النفسي وتقبل الإعاقة والعمل علي تطوير قدرات الطفل المصاب بالشلل الدماغي .

٤- الحاجة إلي الدعم الاجتماعي وتعديل الاتجاهات السلبية في المجتمع نحو المصابين بالشلل الدماغي وجعلها أكثر إيجابية وتقبل حالتهم .

أظهرت دراسة كاندال و روبى Kandall–Robbie (١٩٩١) حاجة اسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي إلي تقديم الدعم الأسري والتدريب . كما أوضحت دراسة ليوتشينج هسيو Lai,cheng–Hsiu (١٩٩٨) اثر دعم اسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي حيث المهام التنموية الطبيعية وقدرات التفاعل الاجتماعي لهؤلاء الأطفال .

المشكلات التي تتعرض لها أسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي :

تعاني الأسرة ككل من وجود طفل مصاب بالشلل الدماغي لديها ، كما يعاني كل فرد من أفراد الأسرة حسب دورة ومسئولياته من وجود الطفل المصاب بالشلل الدماغي في الأسرة وفي ما يلي بعض المشكلات والضغوط التي تتعرض لها الأسرة:

١- انعزال الأسرة عن الوسط الاجتماعي الداعم والذي يتمثل في الأقارب والأصدقاء الذين يمكن أن يقدموا العون للأسرة والدعم النفسي لها ويترتب علي عزلة الأسرة هذه شعور الوالدين بالاستنزاف والجهد الكبير بسبب عدم دعم الآخرين من خارج الأسرة لهم مما يجعل الوالدين اقل فاعلية في مسايرة الطفل المصاب بالشلل الدماغي وتلبية احتياجاته ويترتب علي ذلك أن تكون فرص التفاعل للطفل محدودة في خارج نطاق الأسرة .

٢- تطور أدوار أفراد الأسرة وعزل الأدوار بين أعضاء الأسرة ، حيث يلقي عبئ العناية بالطفل المصاب بالشلل الدماغي علي ألام التي تحتاج إلي مساعدة الأب الذي بدورة يميل إلي العمل والبقاء خارج المنزل و يري أن دورة لا يشمل العناية المباشرة بالطفل ، ويزداد الموقف صعوبة عندما يضطر الأب للعمل ساعات طويلة خارج المنزل كي يوفر الحد التدني من متطلبات العيش . كذلك فان استنزاف جهود ألام للعناية بالطفل المصاب بالشلل الدماغي يمكن أن يؤثر علي إشباع حاجات الأب والاخوة والأخوات داخل الأسرة فينشأ عدم توازن في الأدوار مما يؤثر بالتالي علي الأسرة .

٣- من حيث الجانب الاقتصادي فإن العناية بالطفل المصاب بالشلل الدماغي تعتبر مكلفة وتتطلب توفير أموال كبيرة قد لا تستطيع الأسرة تحملها وإذا كان المستوي الاقتصادي للأسرة منخفضا ، فإن ذلك سينعكس علي الخدمات التي يجب أن يتلقاها الطفل المصاب بالشلل الدماغي .

٤- احترام الذات للوالدين ومكانتهما الاجتماعية إذ يتأثر إدراك الوالدين للذات والطريقة التي ينظر بها الآخرون تجاههما ، وينعكس ذلك في طريقة معاملة الآخرين لهما ، إذ أن الوالدين يشعران بأنه لم يعد لهما مكانة عالية في المجتمع كما كانا من قبل وجود الطفل المصاب بالشلل الدماغي ، ويشعران بأن الناس لا تحترم مشاعرهم وحاجاتهم الخاصة ، إضافة إلي تأثر احترام الذات لديهما.

٥- الخوف من المستقبل إذ أن الطفل المصاب بالشلل الدماغي يحتاج إلي رعاية وعناية خاصة بشكل مستمر في الحالات الشديدة ، ويعاني الوالدان من الخوف علي مستقبل الطفل بعد وفاتهما ، فما الذي يمكن أن يحدث مع المصاب بالشلل الدماغي بعد ذلك ، ومن الذي سيساعده ، وهل من الممكن أن يتدبر أمره كل هذه التساؤلات تثير الخوف والقلق لدي الوالدين.

٦- صعوبة الحصول علي الخدمات المناسبة للطفل المصاب بالشلل الدماغي فيحاول الوالدين السعي للحصول علي الخدمات المناسبة للطفل وفي كثير من الأحيان ولا يقتنع الوالدان بما يقدمه لهما الاختصاصيون في المجالات المختلفة ويصبح لديهما شك وعدم تيقن مما يدفعهما لاستشارة أكثر من اختصاصي وفي بعض الأحيان يواجهان أراء متباينة

عن الطفل مما يزيد في شكهما ، والوصول إلي عدم الثقة بالاختصاصين وتصبح العلاقة بينهما وبين الاختصاصين سلبية لا يسودها التفهم والثقة وإنما العداء وعدم الثقة ، ويتضح ذلك في حالات الإصابة بالشلل الدماغي التي لا تتضح مظاهرها .

٧- أثار العلاج الطبي إذ يحتاج المصاب بالشلل الدماغي في كثير من الأحيان إلي العناية الطبية والإقامة في المستشفي للعلاج . والتعرض للألم وذلك نتيجة للتداخلات الطبية أو الجراحية مما يجعل الطفل منفصلا عن والدية وأسرته وينعزل عنهم لا سيما إذ تكرر دخوله وخروجه من المستشفي فيشعر الوالدان أنهما لا يستطيعان مساعدة الطفل علي تخطي هذه المشاعر و أنهما مسئولان ولو جزئيا عن تلك المشاعر مما يؤدي إلي القلق والشعور بالذنب .

٨- نقص مهارات العناية بالطفل المصاب بالشلل الدماغي فقد يشعر الوالدان بأنهما لا يحسنان العناية بالطفل وليس لديهما مهارة في التعامل مع الطفل وأعاقته وذلك لعدم توافر المعلومات وانعدام التجارب الشخصية والعائلية ، مما يزيد من أعباء الوالدين وسعيهما إلي التعرف علي الإجراءات التي يجب استخدامها لتلبية احتياجات الطفل المعوق .

الفصل الرابع
العلاج الوظيفي للمشكلات الحركية

نظرية جلين دومان ومناطق المخ السبعة :

من هو جلين دومان ؟

هو أخصائي تنمية دماغ الطفل ومؤسس معهد إنجازات الإمكانيات البشرية إتولد فى ٢٦أغسطس ١٩١٩ وتوفى فى ١٨ مايو ٢٠١٣ ...

ما هي المناطق السبعة للمخ ؟

قسم جلين دومان المخ الى سبع مناطق كل منطقة لها ست وظائف تتم حينما تكون المنطقة الخاصة بها منشطة وإن لم تكن المنطقة منشطة يتم أستخدام الانشطة العلاجية الخاصة بتنشيط المنطقة لتعمل ومن ثم تحقق الوظائف الخاصة بها .. المناطق السبعة هي :

١- منطقة الحبل الشوكي
٢- منطقة الجسر
٣- منطقة التفكير الوسطى
٤- المنطقة الابتدائية
٥- المنطقة المبكرة
٦- المنطقة الاولية
٧- المنطقة المتطورة

لمن توجه أنشطة جلين دومان ؟

توجه أنشطة جلين دومان لحالات التأخر العام للنمو .. الفقر البيئي .. الداون .. الشلل الدماغي خاصة (الترنحي والارتخائي) .. التحديات التى تكون من أسبابها نقص أكسجين فى المخ .

ماهى الوظائف التى إن تمت تكون لنا هادية بأن هذه المنطقة تعمل بشكل جيد ؟

- منطقة الحبل الشوكي :

١- يبدي الطفل ردود أفعال إتجاه الضوء

٢- منعكس التفزز (أن يتم عمل صوت مفاجئ بجانب الطفل ونرى رد فعله)

٣- منعكس البابنسكى (تحريك قلم على رجل الطفل وملاحظة صوابع الطفل حيث تتفتح)

٤- يحرك أجزاء جسمه دون أن يحرك رأسه

٥- يصرخ صراخ الولادة ومن ثم يبكي بكاء عادي

٦- منعكس القبض (نعطي الطفل شئ بيديه ونرى ردة فعل يديه بالقبض على الشئ)

- منطقة الجسر :

١- يدرك الخصائص العامة للأشياء .

٢- يستجيب بقوة لنبرة صوت التهديد

٣- يدرك الاحاسيس القوية ما بين نبرة التهديد والسعادة

٤- أن يزحف الطفل على البطن

٥- أن يبكي بكاء مناسب للأحداث من حوله

٦- أن يستطيع الوصول للأشياء

- منطقة التفكير الوسطى :

١- إدراك التفاصيل المكونة للأشياء

٢- إدراك أصوات لها معنى

٣- يهدئ وتعجبه اللمسة

٤- يحبو الطفل على يديه وركبتيه بتناسق

٥- أن يكون أصوات لها معنى ويخصصها

٦- القبض على الاشياء بشكل إرادي

- المنطقة الإبتدائية :

١- يستنتج الصورة بعرض رسم كروكى

٢- يفهم الطفل جمل من كلمتين بسيطة

٣- يستكشف الاشياء ثلاثية الابعاد عندما يراها من بعد واحد

٤- أن يمشي الطفل بتناسق اليدين (مشية الجندي)

٥- أن يقول كلمتين ولكن ذات معنى

٦- لا يوجد يد مفضله

- المنطقة المبكرة :

١- أن يدرك الطفل التشابهات والاختلافات البصرية

٢- يفهم من ١٠:٢٥ كلمة وجمل من كلمتين

٣- أن يميز الطفل التشابه والاختلافات بين الاشياء الغير متشابهه

٤- يمشي بحرية مع تحريك اليدين بإتزان

٥- أن يتكلم من ١٠:٢٥ كلمة ويكون منهم كلمتين

٦- يقوم بمهام ثنائية متزامنة للإيدي وكذلك متعاكسة

- المنطقة الاولية :

١-يحدد الرموز والحروف البصرية

٢-يحدد الطفل ويفهم ٢٠٠٠ كلمة وجمل بسيطة

٣-يستطيع معرفة خصائص الأجسام عن طريق لمسها

٤-يمشي الطفل ويجري فى إنحناءات وزوايا

٥-يستخدم الطفل ٢٠٠٠ كلمة وبعض الجمل الصغيرة

٦-يوظف يده بالتناوب بكفاءة عالية

- المنطقة المتطورة :

١- يقرأ قراءة مع فهم كامل

٢- يفهم الطفل المفردات والجمل كلها بطريقة مناسبة

٣- يحدد أى شئ عن طريق اللمس

٤- يستخدم القدم بمهارة تبع الجانب المسيطر

٥- بناء جملة مفيدة

٦- يستخدم يده بمهارة تبعا لليد المسيطرة

ملاحظة :

في كل منطقة من المناطق السبعة السابقة إذا لم يفعل الطفل أي نقطة مما سبق ذكرها فيتم التدريب عليها بجانب الانشطة العلاجية التالية .

ما هي الأنشطة العلاجية المحفزة لكل منطقة ؟

- منطقة الحبل الشوكي :

وضع الطفل ٤ ساعات على الأرض ومراعاة أن تكون الأرض (صلبة / ناعمة / نظيفة / واسعة / آمنة)

- منطقة الجسر :

١- الزحف على البطن ١٥٠ قدم يوميا ما يعادل ٢٠ ق على أرض ومراعاة أن تكون الارض (صلبة / ناعمة / نظيفة / واسعة / آمنة)

٢- الأنشطة الدهليزية السلبية اربع مرات يوميا :

- لف في الهواء (حمل البالغ الطفل على الكتف واللف ٣ لفات ثم عكس الاتجاه)
- الدوران في الهواء (مسك البالغ الطفل واللف في الهواء ٣ لفات ثم نعكس اتجاه اللف)
- الارجحة على القدم (وقوف الطفل على رجل البالغ ومسك يدي الطفل ثم رفعه إلى أعلى برجليه وإنزالهما الى الارض مره أخرى
- لف نصف الجسم في الهواء (مسك البالغ يد الطفل ورجله ثم اللف في الهواء ٣ مرات ثم تعكس الاتجاه)

- نصف الجسم فى الهواء ٢ (مسك البالغ يد ورجل الطفل اليمين وتحريكه يمينا ويسارا ٤ مرات ثم العكس (اليد والرجل اليسرى) .
- الرأس لأسفل فى الهواء (مسك البالغ رجلين الطفل وتحريكهما يمينا ويسارا) .
- الجسم يمين وشمال (مسك البالغ يد ورجل الطفل والبالغ الاخر يد ورجل الطفل الاخرى ويقوموا بتحريك الطفل يمينا ويسارا .
- فوق فى الهواء (مسك البالغ الطفل ورفعه لأعلى).

٣- أنشطة الإتزان :

- كرة التوازن (جلوس الطفل على كرة التوازن وتحريك البالغ للطفل يمينا ويسارا / للخلف وللأمام).
- يمكن عمل نفس التمرين والطفل نائم على ظهره على الكره ولكن بعد التأكد من أن الطفل تعود على الكرة ولا يخاف من الجلوس عليها
- كرة التوازن والخشبة (بعد التأكد من عدم خوف الطفل من الكرة يضع البالغ خشبة على كرة التوازن ثم جلوس الطفل على الخشبة وتحريكه للأمام وللخلف ويمينا ويسارا).
- يمكن عمل نفس التمرين والطفل مستلقى على ظهره .

٤- الطفل والحبل :

ينام الطفل على مرتبه على ظهره ويحرك البالغ أمام الطفل الحبل وحينما يمسك الطفل الحبل تحركه يمينا ويسارا وتشده لكى يقف بالحبل .

- منطقة التفكير الوسطى :

- الحبو ٤٠٠ ياردا يوميا ما يعادل ٣٠ق مع تناسق حركة القدمين واليدين
- نشاط التنفس (يقوم البالغ بإجلاس الطفل بطريقة مريحة له ثم وضع كيس ليتنفس فيه وذلك ليصل كمية أكبر من الأكسجين فى المخ)

• المنطقة الابتدائية :

- مشى الطفل ٤٠ قدم يوميا دون توقف فى نصف ساعة أو ٢٠٠ ياردا على مدار اليوم

• المنطقة المبكرة :

- يمشي ما يعادل ٣٠ ق يوميا ويكون المشي هادف ومتسق

• المنطقة الاولية :

- أن يجرى الطفل ٣ أميال فى ٣٠ ق

• المنطقة المتطورة :

- عمل أنشطة حركية معقدة مل السباحة – ركوب الدراجة – المشي باليدين على العقلة (السلم المعلق)
- تمرين السباحة على الناشف (ن ينام الطفل على الارض وهو على بطنه ويكون عدد الأشخاص ٣ فى الحجرة لعمل التمرين والاول يمسك يد ورجل الطفل اليمني والثاني يمسك يد ورجل الطفل اليسرى والثالث يمسك رأس الطفل ويقوم الأول بتحريك اليد اليمنى والرجل اليمنى لأعلى والثالث يحرك الرأس لليسار ثم يرجعهم لوضعهم الاساسي ويقوم الثاني بتحريك اليد والرجل اليسرى لأعلى والثالث يحرك الرأس لليمين وبالتبادل بين الاول والثاني بالتحريك ... معيار النجاح : تفاعل الطفل أثناء أداء التمرين

بتحريك رأسه بمفرده فى أخر أول مره من التدريب ومع استمرار التدريب يقوم الطفل بتحريك جسمه بمفرده فى التدريب . عمل التدريب ٤ مرات فى اليوم .

العلاج الوظيفي Occupational therapy:

مفهوم العلاج الوظيفي:

هو إحدى المهن الطبية المساعدة، تعنى بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، المصابين بإعاقات جسدية، حسية، حركية، فكرية، عقلية، نفسية أو اجتماعية . وهي تعمل على تأهيل أو إعادة تأهيل المهارات والقدرات التي تساعد على التكيف الوظيفي والسلوكي للأشخاص وذلك من خلال نشاط هادف. و يتوجه لذوي الصعوبات والإعاقات الفكرية التطورية والتعلمية يزود العلاج الوظيفي الأطفال باحتياجاتهم المختلفة عبر أنشطة إيجابية مرحة لتحسين مهاراتهم الذهنية والحركية والجسدية وتعزيز معنى الشعور بالذات والإنجاز لديهم. وهو وسيلة علاجية تركز على مساعدة الأشخاص في أن يحققوا الذاتية في كل نواحي حياتهم. صممت برامج العلاج الوظيفي لتحسين قدرة الطفل على إنجاز الأنشطة في المدرسة والبيت اعتماداً على احتياجاته وظروفه الفردية. ويستخدم المعالج الوظيفي أنشطة وألعاباً متنوعة لمساعدة الطفل في تطوير المهارات الضرورية. قد تختلف التقنيات المستخدمة في الجلسات، ولكن التركيز دائماً على التعليم من خلال الأنشطة الممتعة والتي لها دور في تحفيز الطفل أيضاً.

وتعتبر برامج العلاج الوظيفي من العناصر الرئيسة التي تستند إليها برامج التربية الخاصة سواء في مدارس التربية الخاصة وفصولها ، أو في مدارس الدمج في التعليم العام وفصوله ، ويقوم بالإشراف على هذا البرنامج أخصائي العلاج بالعمل والذي يرتكز عمله على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية في المدرسة ويتم ذلك على النحو التالي:

١- تقويم الحركات الدقيقة في القسم الأعلى من الجسم.
٢- تنمية البراعة اليدوية.
٣- تنمية التآزر الحركي / الحسي.
٤- تنمية مهارات الحياة اليومية.
٥- تنمية قدرة الطفل على التحكم بعضلاته.
٦- التدريب على استخدام الأجهزة المساعدة على التنقل والحركة.
٧- توظيف أوقات الفراغ واستغلالها.
٨- تنمية مهارات العناية بالنفس.

الهدف الرئيسي للعلاج الوظيفي:

١- هو تطوير استقلالية الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية. وعلى أداء الواجبات والأعمال باستقلالية، والحد من اعتماده على الغير.
٢- تحسين قدرات الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية.

٣- دمج الفرد في مجتمعه والتغلب على جوانب القصور أو العجز الناتج عن الإصابة.أي أنها مهنة تعمل في مجالات الوقاية ، والتأهيل ، وإعادة التأهيل ، والتدريب ، والدمج المدرسي والمهني.

أهداف العلاج الوظيفي:

يهدف العلاج الوظيفي إلى توصيل المريض الى وضع يستطيع فيه ان يستغل كامل امكاناته الوظيفية بشكل يتناسب مع جيله – بقدر الامكان، مع الاخذ بالحسبان اعاقته وصعوباته. وفقا لذلك، فان عملية العلاج الوظيفي تبدا بتحديد الاهداف التي على اساسها يبنى برنامج العلاج الذي يرتكز على اربعة عناصر رئيسية:

١. اكتساب المهارات والتدرب عليها: يساعد العلاج الوظيفي المريض على اكتساب المهارات التي تنقصه، وذلك باستخدام استراتيجيات فريدة مناسبة للصعوبات.
٢. اعطاء الواجبات المنزلية: اعطاء المهام للتدرب والتي تعزز وتحافظ على القدرات التي يتم تعلمها في اللقاء نفسه.
٣. ملائمة البيئة للاحتياجات: بناء استراتيجية لملائمة البيئة لاحتياجات المريض الخاصة لمساعدته على العمل بشكل مستقل. على سبيل المثال، العلاج الوظيفي للشخص بعد بتر يده يركز على ملائمة الشقة للاعاقة الجديدة وتخطيط مشترك لجدول الاعمال وادارة المهام (على سبيل المثال، اعادة تقسيم الادوار في المنزل)، بينما العلاج الوظيفي لطفل مصاب بـ

ADHD يتركز على تنظيم جدول الاعمال اليومي لمنع حدوث حالة عدم الانتباه التي تحدث عند تحضير الواجبات البيتيه، شراء الملابس التي لا تتسبب في التحفيز الحسي المفرط وهلم جرا.

٤. توجيه الاهل وافراد الاسرة: ارشاد الاهل او افراد اسرة المريض حول كيفية مساعدته على تطوير مهاراته الوظيفية. على سبيل المثال، اهل الشخص المصاب بالفصام يتم توجيههم على تشجيع عمله بشكل مستقل والاداء كشخص بالغ وعدم حمايتة اكثر من اللازم. اهل الطفل المصاب بال- ADHD يتلقون مساعدة لوضع برنامج تقوية سلوكي والتوجيه بشان كيفية مساعدة الطفل في الحد من شعوره بالاحباط والصعوبات التنظيمية التي يواجهها.

فالعلاج الوظيفي هو تدخل محدد لإعادة التأهيل يهدف الى اكساب المهارات والسماح للشخص في التعامل مع اعاقة معينه والعيش حياة مستقلة تحترم استقلاليته وقدراته. على الرغم من ان العلاج الوظيفي يركز على تحسين القدرات الوظيفية الا انه يوفر تجربة من النجاح، الانجاز، تحسين الثقة بالنفس وتعزيز الشعور بالسيطرة والقدرة.

العلاج الوظيفي يساعد الحالات التالية:

- الاطفال الذين يعانون من تاخر واضطرابات النمو التي تعوق مهاراتهم الحركية، المعرفية والحسية.

- الاطفال الذين يعانون من صعوبات محددة التي تعوق قدراتهم الوظيفية، التنظيمية او الحركية. ينتمي الى هذه المجموعة عادة الاطفال الذين يعانون من ADHD، اضطرابات في التنظيم الحسي والاطفال الذين يعانون من تاخر محدد في النمو لكنه ليس شاملا (على سبيل المثال، طفل مع صعوبات حركية شديدة / خفيفة لا يعاني من اعاقة حسية او معرفية).
- البالغون الذين تضررت قدراتهم في حادث، تدخلات طبية او امراض مزمنة.
- كبار السن الذين تضررت قدراتهم الوظيفية.
- الاطفال والبالغون الذين يعانون من الاعاقة النفسية التي تؤثر على ادائهم اليومي.
- الأطفال الذين لديهم:

١. مسكة القلم غريبة أو غير ناضجة.
٢. ضعف مهارات استخدام المقص.
٣. صعوبة في التعامل مع الأشياء الصغيرة مثل الأزرار
٤. صعوبة في نقل النص من السبورة في المدرسة.
٥. بطء في عمل الأشياء وإكمال المهام.
٦. ضعف التآزر، مثل (حركات غير متناسقة، صعوبة في تقدير المسافات مثل إلقاء أو إمساك الكرة).
٧. تعثر واصطدام بالأشياء.
٨. صعوبة استخدام كلتا اليدين معاً.

٩. صعوبة اللبس، كلبس الملابس بطريقة خاطئة، صعوبة في تحديد فتحات الذراع في القميص.. الخ.

١٠. عدم القدرة على الوثب، القفز، أو الجري .. الخ.

١١. عدم النضج في مهارات النسخ.

١٢. صعوبات في العلاقات الاجتماعية.

١٣. بطء في تنفيذ التعليمات الشفهية.

أيٍّ من هذه الصعوبات يمكن أن تؤثر على قدرة الطفل التعلمية والمهارات الجسدية بالإضافة إلى المهارات الاجتماعية العامة والثقة بالنفس. إذا كان الطفل يعاني من بعض الصعوبات المذكورة أعلاه، كما أن لها تأثير على حياته سواء في البيت أو المدرسة، فالعلاج الوظيفي سيساعده في تطوير مهاراته وتحسين أداه.

كيف يمكن لأخصائي العلاج الوظيفي تقديم المساعدة؟

استخدام الملاحظات الإكلينيكية ومقاييس التقييم المتعارف عليها والمستخدمة بمركز المهارات لتقييم قدرات الطفل (بالنظر إلى نقاط القوة والضعف لديه). التعرف على المناطق التي يحتاج فيها الطفل للمساعدة. تطوير قدرات الطفل في هذه المناطق من خلال جلسات العلاج المباشر إما على شكل فردي أو في مجموعات صغيرة. وقد يتضمن التعامل مع الطفل المعالجة المباشرة لتقوية وتطوير المهارات والقدرات لديه، ولتعديل البيئة لزيادة فرص النجاح والاستقلالية، أو تحديد الأجهزة التي تؤدي إلى الاستقلالية. تقديم

النصائح للأهل والمتخصصين والمهتمين بشؤون الطفل. فالعلاج الوظيفي هي مهنة صحية معروفة ومتعارف عليها عالمياً، وعادة ما يقضي المعالج الوظيفي ثلاث سنوات كحد أدنى في برامج الدراسات العليا.

دور المعالج الوظيفي:

١. يعمل المعالج الوظيفي على مساعدة الطلاب إما بشكل فردي أو في مجموعات صغيرة أو يعمل كمستشار للمعلم أو للقائمين على تعليم المعاق عقليا وتدريبه.
٢. يقيم مهارات وقدرات الشخص نتيجة صعوبات أو إصابات أو أمراض أو تقدم في السن.
٣. يقيم البيئة الاجتماعية والإنسانية المحيطة التي يحيا ويعمل فيها الشخص.
٤. يقيم تأثير الإعاقة على نشاطات الحياة اليومية وانتاجية الشخص.
٥. توجيه وتدريب الشخص المعني وعائلته على طرق وأساليب وقائية.
٦. المشاركة في الإرشاد والتوجيه ضمن الهيئات والجمعيات الأهلية والمراكز الصحية.
٧. الوقاية تشمل: التأهيل الحسي، الصحة العقلية، الوقاية من التشوهات، الأمان والراحة.
٨. في إعداد وتطبيق البرامج العلاجية .
٩. يضع الأهداف وخطوات التدريب ويواكب الشخص المعني وعائلته في إعداد وتصميم مستقبله.

١٠. يعمل على إقامة علاقة ثقة ومتابعة نفسية للفرد المصاب.

١١. يعمل على تحسين وضع الفرد في بيئته من خلال تدريبه على القيام بنشاطات الحياة اليومية في المنزل وفي مكان العمل.

١٢. يقوم بابتكار، تنفيذ وصيانة أجهزة أو أدوات مساعدة وقائية، تأهيلية وتقويمية.

١٣. يساعد على إعادة الدمج المهني، المدرسي، والاجتماعي للفرد من خلال:

- تطوير المهارات التواصلية والتعليمية –الدمج المدرسي
- التدريب المهني–الدمج المهني.
- ابتكار وتنفيذ تعديلات أساسية–هندسية للأثاث، لأماكن السكن، العمل وتنقلا لأفراد.
- المشاكل التي تتطلب علاجاً وظيفياً والمتطلبات المهنية:أ ـ المشاكل التي تتطلب علاجاً وظيفياً
- مشاكل الإدراك (التناسق أو التآزر بين حركة اليد والعين) .
- مشاكل حسّية (بصرية ، سمعية ، لمسية ، وتعبيريه: ابتسام ، حزن ، فرح، بكاء).
- صعوبات حركة الأعضاء الكبرى (الساقين والجذع).
- مشاكل حركة الأعضاء الصغرى (الأصابع ، الأيدي).
- مشاكل تنظيمية (صعوبات التذكر ، وفهم الوقت ، والمفاهيم المكانية).
- صعوبات تركيز الانتباه.

- مشاكل شخصية (صعوبة متعلقة بالبيئة المدرسية والاجتماعية).

١٤. في الأمان والراحة. حيث يقوم بما يلي :

- توجيه وتدريب الشخص المعني وعائلته على طرق وأساليب وقائية.
- المشاركة في الإرشاد والتوجيه ضمن الهيئات والجمعيات الأهلية والمراكز الصحية.

يعتبر العلاج الوظيفي من البرامج الرئيسة التي تستند عليها برامج التربية الخاصة سواء في مركز التربية الخاصة أو مدارس الدمج في التعليم العام ويقوم بالإشراف على هذا البرنامج أخصائي العلاج الذي يركز في عمله على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية في المدرسة. ويركز العلاج الوظيفي بشكل رئيس على أداء الأطراف العليا الدقيقة في الجسم و خاصة الأصابع واليدين والذراعين . ويتمثل دور المعالج الوظيفي مع الطفل التوحدي فيما يلي:

- تقويم الحركات الدقيقة في القسم الأعلى في الجسم يركز العلاج الوظيفي في هذا المجال على تحسين وظائف اليد مثل مسك الملعقة أو مسك القلم حيث إن هذه المسكات تتكون من مجموعة من الحركات الدقيقة التي يجب أن يتقنها الطفل في البداية.
- تنمية البراعة اليدوية يتمثل دور العلاج الوظيفي في ذلك من خلال تحسين الدقة اليدوية وتحسين حركة نقل الأشياء من باطن اليد إلى أصابع نفس اليد.

- تنمية مهارات الحياة اليومية والتي تشمل مجموعة من المهارات الأساسية مثل:
  - مهارات الطعام
  - مهارات النظافة الشخصية
  - مهارات ارتداء وخلع الملابس
  - تنمية قدرة الطفل على التحكم بعضلاته إن أطفال التوحد يتعرضون لضعف في العضلات الدقيقة لليدين وذلك بسبب استخدام العضلات بطريقة غير صحيحة أو نتيجة عدم الاستخدام لذا يكمن دور العلاج الوظيفي في تقوية هذه العضلات حتى يتمكن الطفل من استخدامها بشكل وظيفي.
  - توظيف أوقات الفراغ واستغلالها يتمثل دور العلاج الوظيفي في ذلك من خلال فتح باب اللعب لدى الأطفال التوحديين وتحفيز قدرتهم على اللعب التخيلي ويتمثل ذلك من خلال زيادة قدرتهم على اختيار اللعبة المناسبة واللعب فيها بشكل صحيح وزيادة القدرة على التخطيط للعب.
  - تنمية الاستجابات الحسية هناك نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين يعانون من مشاكل حسية ناتجة عن خلل في النظام الحسي(فرط زائد للحساسية أو ضعف زائد) لذا فان المعالج الوظيفي يستخدم إستراتيجية التكامل الحسي لحل هذه المشاكل وذلك من خلال نشاطات معينه لتحسين قدرة الطفل على التفاعل مع المؤثرات الحسية .

- زيادة التركيز والانتباه يركز المعالج الوظيفي هنا على تحسين قدرة الطفل على التركيز داخل الجلسة وتقليل سرعة التشتت من خلال استخدام وسائل وأساليب معدة مسبقا و أيضا من خلال العمل في غرفة المثيرات الحسية.

المتطلبات المهنية للمعالج الوظيفي:

- متطلبات جسمية يتطلبها العمل.
- الشروط البيئية الخاصة بالعمل.
- التحضير المهني الذي يتطلبه العمل:

أولا: المشاركة في التعرف على التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ضمن الفريق المختص.

ثانيا: القيام بالتقويم الشامل للتلميذ بهدف التعرف على احتياجاته من خدمات العلاج الوظيفي.

ثالثا: المشاركة في إعداد وتنفيذ وتقييم ومتابعة الخطط التربوية الفردية للتلاميذ.

مثل:

١- تنمية الاستجابات الحركية من خلال أنشطة اللعب.

٢- تدريب التلميذ على المهارات الاستقلالية كتغيير الملابس ، والنظافة الشخصية.

٣- تقييم البيئة التعليمية وعمل التعديلات اللازمة لتسهيل حركة التلاميذ وجلوسهم.

٤- تقييم مهارات ما قبل الكتابة ، ومهارات الحركة الدقيقة ، والتآزر ، وتدريب التلاميذ عليها كل حسب احتياجه.

٥- تدريب التلاميذ على استخدام الأطراف الاصطناعية والأجهزة التعويضية حسب الحاجة العلاج المكثف هو علاج متكامل يهدف إلى تحسين القدرات الحركية الأساسية للطفل (الجلوس – الوقوف – المشي.....الخ) وكذلك المهارات الحركية الدقيقة لليدين (الأكل –الشرب الكتابة .....الخ) وأيضا يهدف إلى تنمية القدرات العقلية والمهارات الأكاديمية و اللغوية. بما يساعد الطفل على الاعتماد على نفسه.

يتضمن العلاج الطبيعي المكثف للأطفال العديد من أنواع الجلسات المختلفة كما و كيفا.

أولا: بدله الفضاء يكون الجزء الأساسي للعلاج المكثف ببدله الفضاء لما لها من قدرة لعلاج التأخر الحركي وتشوه القوام وضعف العضلات وزيادة التغذية الرجعية للمخ و كافة مشكلات الشلل الدماغي.

ثانيا وحدة تقوية العضلات تهدف هذه الوحدة إلى تقوية العضلات بطريقة دقيقة تمنع زيادة النغمة العضلية وتوتر العضلات الذي يزيد مع طرق تقوية العضلات التقليدية أثناء الجلسات مع إلغاء تأثير الجاذبية الأرضية على العضلات.

ثالثا:العلاج مع التحميل الكلى و الجزئي للوزن وهو نوعان ثابت و ديناميكي يهدف إلى تعليم الطفل المهارات الحركية المطلوبة (الجلوس – الوقوف – القيام وذلك بالنسبة للنوع الثابت وتعليم الطفل المشي و ذلك بالنسبة للنوع الديناميكي)

مع تقليل وزن الطفل بنسب معينة تتراوح من (٢٠% –٣٠% وقد تصل إلى ٤٠% من وزن الجسم) مما يساعد على زيادة التحكم الحركي.

رابعا : العلاج المائي: تساعد المياه بما لها من خصائص على علاج حالات الشلل الدماغي والتأخر الحركي حيث توفر قوى الترابط بين جزيئات المياه المقاومة الكافية لتقوية العضلات بالإضافة إلى ذلك توفر التدعيم الكافي لأداء المهارات الحركية مثل الجلوس و المشي و كذلك تقوم خاصية الطفو للماء بنوع من التحميل الجزئي أثناء العلاج. وتساعد المياه على زيادة ليونة العضلات بالنسبة لحالات الشلل الدماغي التقلصى و تعتبر بيئة ملائمة لعلاج الطفل التوحدي.

خامسا : برامج التوازن حيث يعانى غالبية الأطفال ذوى الإعاقة الحركية بوجود ضعف جزئي أو كلى للتوازن نتيجة ضعف الإحساس الموجودة بالمفاصل و العضلات أو نتيجة إصابة مراكز التوازن بالمخ. ويعتمد برنامج التوازن على تنبيه الجهاز الدهليزى وكذلك تنمية ردود الأفعال الخاصة بالطفل. وذلك عن طريق العديد من الأجهزة

سادسا: برامج علاج التيبس العضلي: تعانى اغلب حالات الشلل الدماغي من تشنج و تيبس العضلات نتيجة فقدان تحكم الجهاز العصبي المركزي (motor cortex) على الجهاز العصبي الطرفي(reflex arc) تم تصميم برنامج خاص بهم يهدف إلى جعل العضلات في وضع استطالة مستمرة أثناء العلاج المكثف وأيضا أثناء راحة الطفل وذلك بالاستعانة بعدة طرق (الأوضاع العلاجية

المصممة خصيصا لتيبس العضلات – العلاج بالجبس –العلاج بالجل الساخن – الجبائر والأجهزة التعويضية).

سابعا : العلاج بالأحصنة : تم تصميم وحدة hippo therapy خصيصا بالمركز وهى محاكاة للحصان الطبيعي للمساعدة على:

- تنمية حواس الجسم المختلفة وتقليل توتر العضلات.
- تحسين المهارات الوظيفية للطفل الأساسية و الدقيقة.
- تنبيه الجهاز الحلزوني أو الدهليزي.

فوائد برامج العلاج الطبيعي المكثف:

- تحسّين القدرات الحركية الأساسية للطفل (الجلوس – الوقوف – المشي – التقلب......الخ
- تنمية قدرات الحركات الدقيقة للزراعيين) مسك وترك الأشياء اللبس –الأكل والشرب..الخ
- تنمية مهارات الوصول للأطراف العلوية.
- تقوية العضلات الخاصة بمهارات الوصول الخاصة بالأطراف العلوية
- تدريب وإعادة تأهيل الجهاز العصبي المركزي neural plasticity
- زيادة التحكم في النغمة العضلية في الاتجاه الطبيعي من خلال neural plasticity
- تحسّين وضعية الجسم لأقرب ما يمكن إلى الطبيعي.
- الوصول إلى القدرة الوظيفية القصوى لدى المريض.

- يعيد الوظيفة الفسيولوجية الطبيعية للمفاصل والعضلات والمحافظة على كثافة العظم.
- يعلم النمط الصحيح للحركة.
- ينبه الجهاز الحلزوني (المسئول عن الاتزان أثناء السكون و الحركة).
- تدريب المريض علي استعمال إمكانياته وقدراته القوية للتعوّيض عن قدراته الضّعيفة.
- تدريب المريض على السيطرة علي تشنج العضلات، ونقص التوتر، والحركات اللاإرادية.
- تحسّين القدرات الخاصة بالإدراك الحسي.
- يحسّن الكلام عن طريق تقوية العضلات الخاصة بالتنفس وزيادة انتباه و أدراك وتركيز الطفل.
- تحسّين المهارات الاجتماعية والأكاديمية للطفل.

الفصل الخامس

سبل العلاج والرعاية

قياس وتشخيص الإعاقة الحركية:

في البداية، يجب التأكيد على أن تشخيص التأخر الحركي أو الاضطراب الحركي مسؤولية الاختصاصيون (كأطباء الأطفال والأعصاب والعلاج الطبيعي وغيرهم) لا مسؤولية الوالدين أو المعلمات أو المرشدات. على أنه يجب أن تقوم الأمهات والمعلمات وغيرهن ممن يقمن على رعاية الأطفال بملاحظتهم وجمع المعلومات عن أدائهم وإيصال تلك المعلومات إلى الاختصاصيون، ولكن للتشخيص شأن آخر. فالتشخيص ليس مجرد إعطاء تسمية ولا يقتصر على تأكيد أو نفي وجود تأخر أو انحراف في النمو ولكنه يشمل تحديد طبيعة الحالة التي يعاني منها الطفل بتطبيق الاختبارات وإجراء الفحوصات اللازمة وتحديد الإجراءات الوقائية والعلاجية التي ينبغي تنفيذها.

تعتبر أنماط النمو الحركي غير العادية أهم المؤشرات على وجود اضطرابات عصبية في مرحلة الطفولة المبكرة. ذلك لأن الحركة هي حجر الأساس لتأدية الاستجابات في مختلف مجالات النمو.

وفي العادة يتم تقييم الأنماط الحركية على أيدي الأطباء و المعالجين الطبيعيين والمعالجين المهنيين، ويأخذ هؤلاء الاختصاصيون دائماً بعين الاعتبار عمر الطفل عند الحكم على ما إذا كان هناك انحراف حركي أو تأخر حركي أم لا.

الخصائص السلوكية للمعاقين حركياً:

تتعدد مظاهر الإعاقة الحركية كما قد تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها، وقد يكون ذلك التعدد في النوع والدرجة مبرراً كافياً لصعوبة الحديث عن الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً، إذ تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى.

أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين حركياً، فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية، ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق، والخوف، والرفض، والعدوانية، والانطوائية، والدونية، من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل ذلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية.

قياس السلوك للمعوق حركياً:

يتم التعرف إلى الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من قبل فريق الأطباء المختصين بالأطفال ، بحيث تكون مهمة هذا الفريق قياس وتشخيص حالات الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية من خلال الفحوصات الطبية اللازمة ، والتي تشمل دراسة العوامل الوراثية والبيئية ومظاهر النمو الحركي ، ومن ثم تقديم العلاج المناسب ، وقد يساهم طبيب الأعصاب في قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات الحركية .

وبالرغم من أن المعالجة والخدمات الطبية بمختلف أشكالها تمثل عناصر رئيسية في برامج هذه الفئة ، إلاّ أنه عندما يتضح أن حاجة الطفل أصبحت

ماسّة لتلقي برامج وخدمات أخرى ، فإنه لا بد من تدخل فريق متكامل خاصة عندما تظهر تأثيرات الإصابة على استقلالية الفرد وتفاعله الاجتماعي واستقراره النفسي وتحصيله الأكاديمي ، فإنه يتعين في مثل هذه الحالات إضافة إلى تقديم البرامج الصحية والعلاجية المتخصصة توفير خدمات تربوية خاصة واجتماعية و تأهيلية متخصصة أيضاً ويُعد أخصائي التربية الخاصة في مثل هذه الحالة عضواً رئيسياً في فريق العمل المتخصص الذي يشرف على برنامج الطفل . ويتلخص دوره في التنسيق مع مختلف التخصصات الطبية والتأهيلية بهدف المحافظة على الشخص المصاب من الناحية الصحية وفي نفس الوقت تطوير المهارات والقدرات التي يمتلكها للوصول به إلى أقصى درجة ممكنة من الاستقلالية .

ومن المعروف أن هناك أربعة طرق أساسية وشائعة تستخدم في قياس السلوك لدى المعوقين، وكل منها يغطي نوعاً خاصاً من المعلومات وهي:

- العد Counting: وهو قاس تكرار السلوك أو عدد مرات ظهور وتكرار السلوك المراد قياسه.
- التوقيت Timing: وهو قياس دوام بقاء السلوك .
- الفحص Checking: وهو قياس القدرة على أداء السلوك.
- الدرجة Rating: وهو قياس إجادة السلوك أو إتقانه.

وطالما أن مشكلة السلوك الذي نحاول أن نقيسه موجودة فيجب دائماً أن نحاول استخدام أفضل الطرق المتخصصة التي تعطي نتائج دقيقة ولا

تستغرق فترة طويلة من الوقت والجهد للانتهاء منها وطرق القياس لا تقتصر على الأربعة التي استعرضناها، فربما توجد طرق أخرى مناسبة لسلوك معين.

البرامج التربوية للمعوقين حركيا:

قد تحد الإعاقة الحركية من قدرة الطفل على الاستفادة من البرامج التربوية العادية إلى حد كبير بحيث يصبح من الضروري تزويده بخدمات التربية الخاصة. وتشمل التربية الخاصة أدوات ووسائل معدلة أو مكيفة تهدف إلى تقييم الحاجات الخاصة للطفل غير العادي وتلبيتها. ويمكننا تعريف التربية الخاصة على أنها التخطيط التربوي الفردي المنظم واستخدام الوسائل التعليمية والأدوات والمعدات الخاصة بُغية مساعدة الطفل غير العادي على تحقيق أقصى درجات الاستقلال الوظيفي الذي تسمح به إعاقته. فالتربية الخاصة لا تعني بالضرورة عزل الطفل عن الأطفال العاديين في مؤسسات خاصة. ولكنها تعني توفير البدائل التربوية المختلفة والخدمات المساندة (مثل: العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والتربية الرياضية التصحيحية) وذلك اعتماداً على طبيعة حاجات الطفل المعوق. فالافتراض الأساسي الذي تستند إليه التربية الخاصة يتمثل في ضرورة مراعاة الفروق الفردية. ويتطلب هذا الأمر إجراء ثلاثة أ،واع أساسية من التعديلات في البيئة التربوية التقليدية من حيث.

- محتوى التدريس: إذ أن تلبية حاجات الطفل المعوق قد تتطلب تعديل محتوى المنهاج الدراسي.

- المهارات المستهدفة: إذ قد يكون من الضروري التركيز على تعليم مهارات أساسية للطفل المعوق لا يتضمنها البرنامج التدريسي العادي.
- بيئة التعلم: إذ إن الإعاقة قد تستلزم توفير بيئة خاصة تختلف عن البيئة الصفية التقليدية.

البرنامج التربوي الفردي (تفريد التعليم):

إن التعليم الفردي ضروري للطلاب ذوي الإعاقات الحركية كغيرهم من الطلاب ذوي الحاجات الخاصة، وعلى الرغم من أن التعليم الفردي لا يعني قيام المعلم بتعليم طالب واحد فقط إلا أنه يعني التخطيط للأهداف التعليمية على مستوى فردي بناء على الحاجات الخاصة للطالب، ويتم ذلك من خلال وضع برنامج فردي لكل طالب لديه إعاقة، والبرنامج التربوي . الفردي يعني أن الخدمات التربوية الخاصة، والخدمات الداعمة يتمت تحديدها على مستوى الطالب وليس على مستوى مجموعة من الطلاب، ويجب أن يشارك عدد من الأشخاص في إعداد هذا البرنامج ومنهم المعلم والوالدان، والطالب نفسه إذا كان ذلك ممكناً، وبالنسبة للطلاب المعاقين حركياً فقد يكون هناك حاجة لاشتراك أخصائي العلاج الطبيعي، و العلاج الوظيفي، والعلاج النطقي، والأخصائي النفسي، ولأن عدداً كبيراً من الطلاب ذوي الإعاقة الحركية يحتاجون إلى أشكال مختلفة من الدعم يتسنى لهم الإفادة من البرامج التربوية. والخدمات المصاحبة للبرنامج التربوي الفردي:

- العلاج النطقي.

- القياس السمعي.
- التعرف المبكر.
- العلاج الطبيعي والوظيفي.
- التدريب والإرشاد.
- الخدمات النفسية.
- الخدمات الاجتماعية.

البرنامج الأكاديمي :

ينبغي عند تخطيط برامج تعليمية للأطفال المعوقين بدنياً مراعاة أنهم يحتاجون كغيرهم من الأطفال إلى الشعور بالأمن والتقبل والحب والانتماء وأنهم يهدفون إلى إشباع حاجاتهم إلى تقدير الذات وتحقيقها ، وهم يختلفون فيما بينهم في مستوى نموهم العقلي وفي استعداداتهم الخاصة تماماً كما تختلف أي مجموعة عشوائية من الأطفال ، فقد نجد بينهم أطفالاً متفوقين عقلياً وآخرين متخلفين ، كما أن بعضهم يقعون في فئة العاديين من حيث نموهم العقلي ويحتاج الطفل المصاب بإعاقة بدنية بسيطة إلى نوع من البرامج التعليمية لا يختلف كثيراً عما يقدم إلى الطفل العادي،ولهذا تنقسم مناهج المعاقين حركياً إلى قسمين أساسيين :

أ – المناهج العادية وهي نفس المناهج التي تقدم إلى الطفل العادي .

ب – المناهج الخاصة وهي التي خططت لتواجه الإعاقة الحركية التي أصيب بها الطفل وذلك لطالما أن الطفل الذي تقدم إليه هذه المناهج لا يعاني من أكثر من إعاقة واحدة .

برامج العناية بالذات :

إن الشعور بالاستقلالية ولو بقدر بسيط يحفظ شيئاً من إحساس الفرد بكرامته وقيمته الذاتية ، بينما يدفعه الاعتماد على الغير إلى عدم تقدير الذات وعدم المبادرة بالقيام بأي عمل ويحرمه من كل تطلعات مستقبلية ، فمن أهداف برامج تربية المعوقين حركياً هي أنها تسعى لتحقيق المعاق أعلى قدر مستطاع في النشاطات اليومية والاعتماد على النفس من حيث تناول الطعام وارتداء الملابس واستعمال الحمام ، والحركة سواء المشي أو استعمال الكرسي بعجلات. ولكي تتحقق الاستقلالية في هذه الأنشطة يخضع المصاب إلى برنامج طبيعي وعلاجي تحت إشراف طبيب متخصص ومعالجين حكمين واختصاصي علاجي بالتشغيل معتمدين على استعمال أدوات مساعدة كالأطراف الصناعية والعكاكيز .

برنامج النشاطات الترفيهية :

وهي من العناصر الرئيسية التي تساعد الفرد على الاندماج في مجتمعه وإعطاء الفرد المعاق حركياً الفرصة لممارسة نشاطات معينة حسب ميوله ورغباته ، وهذا يحسن من نظرته لنفسه ومفهومه عن ذاته ، ويهدف هذا

البرنامج إلى تعريف المنتفع من خدمات المركز بالإمكانيات الترفيهية له وكيفية الاستمتاع بها وأنجح السبل إلى تعديلها .

برنامج المهارات والخبرات الحياتية :

لا تقتصر هذه الخبرات على المركز أو البيت ولكن تطبق خارج نطاقها في الشارع والأماكن العامة واستعمال وسائل النقل والاستفادة من الخدمات الموجودة في المجتمع .

برنامج العلاج الطبيعي :

هو عبارة عن استخدام الوسائل الطبيعية مثل الحرارة والماء والكهرباء والتمارين والتدليل لمعالجة الإصابات الجسمية وللوقاية من التشوهات التي قد تحصل .

برامج التأهيل:

إن فكرة تأهيل المعوقين شهدت تطوراً سريعاً في أساليب وطرق التأهيل المختلفة مما ساعد على بالتالي على زيادة قدرة المعوق على الاستقلال والكفاية الذاتية وتقدير الذات واحترامها .هذا وتعرف منظمة الصحة العالمية التأهيل بأنه:" الإفادة من مجموعة الخدمات المنظمة في المجالات الطبية والاجتماعية والتربوية والتقييم المهني من أجل تدريب أو إعادة تدريب الفرد والوصول به إلى أقصى مستوى من مستويات القدرة الوظيفية ". أما التأهيل المهني فهو ذلك

الجزء من العملية المستمرة المنظمة التي تشمل تقديم الخدمات المهنية ، كالإرشاد والتوجيه والتقييم والتدريب والتشغيل ، وبالتالي تحقيق الكفاية الاقتصادية للمعوق عن طريق العمل والاشتغال بمهنة أو حرفة أو وظيفة معينة والاستمرار بها ، كما تشمل هذه العملية بالإضافة إلى ذلك متابعة المعوق ومساعدته على التكيف للعمل والاستمرار في والرضا عنه . والتأهيل يجب أن يتم ضمن الإطار الاجتماعي والبيئة التي يعيش فيها المعوق ، والتأهيل مسؤولية اجتماعية وليست مسؤولية جماعة أو فئة معينة ، والتأهيل يجب أن يعطي الثقة بالنفس وتحقيق الكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية للمعاق ، وأن يتقبل المعاق كما هو .

إن فكرة تأهيل المعوقين بشكل عام قد أصبحت مقبولة بشكل واسع في المجتمعات المختلفة وخاصة في السنوات الأخيرة من هذا القرن والواقع أن هذه الفكرة قد شهدت تطوراً سريعاً في أساليب وطرق التأهيل المختلفة مما ساعد بالتالي على زيادة قدرة المعوق على الاستقلال والكفاية الذاتية وتقدير الذات واحترامها.

هذا وتعرف منظمة الصحة العالمية التأهيل بأنه الإفادة من مجموعة الخدمات المنظمة في المجالات الطبية والاجتماعية والتربية والتقييم المهني من أجل تدريب أو إعادة تدريب ا لفرد والوصول به إلى أقصى مستوى من مستويات القدرة الوظيفية.

أما التأهيل المهني فو ذلاك الجزء من العملية المستمرة المنظمة التي تشتمل تقديم الخدمات المهنية كالإرشاد والتوجيه والتقييم والتدريب والتشغيل

وبالتالي تحقيق الكفاية الاقتصادية للمعوق عن طريق العمل والاشتغال بمهنة أو حرفة أو وظيفة معينة والاستمرار بها كما تشمل هذه العملية بالإضافة إلى ل كمتابعة المعوق ومساعدته على التكيف للعمل والاستمرار فيه والرضا عنه.

والتأهيل يجب أنيتم ضمن الإطار الاجتماعي و البيئي التي يعيش فيها لمعوق والتأهيل مسئولية اجتماعية وليست مسئولية جماعية أو فئة معينة والتأهيل يجب أن يعطى الثقة بالنفس و تحقيق الكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية للمعاق وأن يتقبل المعاق كما هو.

- **التأهيل الطبي: Medical Rethabilitation**

ويقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية الجسمية، وذلك من خلال تزويد العاق حركياً بالأطراف الصناعية المناسبة، أو استخدام العلاج الطبيعي (Physical Therapy) والذي يعني استخدام المساج والتدليك، والعلاج بالماء (Hydro Therapy) لبعض حالات الإعاقة الحركية.

وتُعنى عملية الأشراف الطبي والصحي على المعوقين بعلاج الإعاقة أو أي أمراض تتطور من خلالها، ويجب أن يكون الإشراف الصحي مستمراً ومتوافر مع الاهتمام بالعلاج الطبيعي وهذا من شأنه تخفيف من تأثير الإعاقة الحركية على حركة العضلات والحواس بها مع توفير الأجهزة المساندة والتعويضية اللازمة.

- **التأهيل المهني:(Vocational Rehabilitation)**

ويقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية المهنية، وذلك من خلال تدريبه على مهنة ما ثم العمل على إيجاد فرص العمل المناسب له.

وهو ما يطلق عليه التأهيل المهني، ومصطلح التأهيل مألوف ومفهوم لدى الأطباء وأخصائيو العلاج الطبيعي والأخصائية النفسية والاجتماعية، والتأهيل هو برنامج يهدف إلى إعادة المعوق للعمل الملائم لحالته في حدود ما تبقى له من قدرات بقصد مساعدته على تحسين أحواله المالية والنفسية، أي أن التأهيل هو عملية لإعادة البناء وتجديد وتكييف لوضع جديد.

- **التأهيل الاجتماعي:**

يعرف التأهيل المجتمعي بأنه توفير وتقديم الخدمات التأهيلية للمعوقين في مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية مستفيدين من جميع الموارد المادية والبشرية المتوفرة في المجتمع المحلي.

أهداف التأهيل في المجتمع المحلي:

الهدف الرئيسي للتأهيل المجتمعي هو ضمان قدرة المعوقين على الوصول بإمكاناتهم البدنية والعقلية إلى مستواها الأقصى، والانتفاع بالخدمات والفرص العادية وتحقيق الاندماج الاجتماعي الكامل في مجتمعاتهم، ويستند هذا الهدف إلى المفهوم الأوسع شمولاً للتأهيل، أي المفهوم المنطوي على تحقيق المساواة في الفرص والاندماج في المجتمع المحلي، والتأهيل المجتمعي في مفهومه الواسع يعتبر نهجاً شاملاً يضمن الوقاية من حدوث الإعاقة والتأهيل في أنشطة الرعاية الصحية الأولية، وإدماج الأطفال المعوقين في المدارس العادية، وتوفير فرص النشاط الاقتصادي المربح لراشدين المعوقين.

ويقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية الاجتماعية وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي، ويعتبر العلاج بالعمل من الناحية

الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفرد من قدرات عقلية وجسمية تمكنه من القيام بعمل ما، وبالتالي مساعدته على عملية التكيف الاجتماعي.

مركز الإقامة الكاملة:

وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري، ووهن العضلات والتصلب المتعدد، وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة لهذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم الأطفال ذوو الاضطرابات الحركية في تلك الأقسام، بحيث تقدم لهم الرعاية الطبية والتربوية المناسبة.

مراكز التربية الخاصة النهارية:

وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وخاصة الحالات المصاحبة لمظاهر الإعاقة العقلية، حيث يتلقى الأطفال في هذه المراكز النهارية برامج علاجية كالعلاج الطبيعي وبرامج تربوية تتناسب ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية كمهارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية.

إرشاد الأشخاص المعوقين حركيا:

يعتبر الإرشاد من الخدمات الأساسية التي يجب أن تسير جنباً مع الخدمات التربوية، والتأهيلية، ذلك أن الإرشاد يعتبر جزءً هاماً من عملية التربية الشاملة التي تساعد الإنسان على مواجهة المشكلات وحلها. ويمكن تحديد الأهداف التالية للإرشاد:

- مساعدة المعاقين حركياً على تقبل إعاقتهم والتعايش مع إعاقتهم وما يترتب عليها من نتائج تتعلق بإمكاناتهم وقدراتهم.
- مساعدة المعاقين حركياً على التكيف والتعايش مع إعاقتهم ومواجهة المشكلات المرتبطة بإعاقتهم.
- تزويد المعاقين حركياً لمعلومات أساسية عن التأهيل والتدريب والعلاج المتوفر في المجتمع وكيفية الحصول عليها.
- مساعدة أسر المعاقين حركياً على تقبل إعاقة ابنهم والتكيف معها.
- مساعدة أسر المعاقين حركياً على القيام بالأدوار الموكولة لكل فرد وتحديد مسؤولياته.
- مساعدة أسر المعوقين حركياً على التكيف مع إعاقة ابنهم ومع المجتمع.
- مساعدة أسر المعوقين حركياً على فهم الدور الذي يجب أن تقوم به لمساعدته على النمو، وأهمية التربية الخاصة في التأهيل، وكذلك أهمية المشاركة في المسابقات الاجتماعية والترويحية.
- مساعدة أسر المعوقين حركياً في الحصول على المعلومات وعلى مصادر الدعم والخدمات اللازمة.

الدمج في التعليم العام مع العاديين

الدمج هو اتاحة الفرص للأطفال المعوقين للانخراط في نظام التعليم الخاص كإجراء للتأكيد على مبدأ تكافؤ الفرص في التعليم و يهدف الى الدمج بشكل عام الى مواجهة الاحتياجات التربويه الخاصة للطفل المعوق ضمن اطار

المدرسه العادية ووفقا لأساليب ومناهج ووسائل دراسية تعليمية ويشرف على تقديمها جهاز تعليمي متخصص اضافة الى كادر التعليم في المدرسه العامه.

مباده التربيه العادية:

يقصد بهذا المصطلح ان يقوم معلمى المدارس العاديه بتعليم الاطفال ذوى الاحتياجات الخاصة خصوصا ذوى الاعاقات البسيطه والمتوسطه فى الفصول العاديه والمدارس العاديه مع تقديم الاستشارات مع المختصين فى التربيه الخاصة.

الدمج الشامل:

هذا المصطلح يستخدم لوصف الترتيبات التعليميه عندما يكون جميع الطلاب بغض النظر عن نوع الاعاقه اوشده الاعاقه التى ياعنون منها ويدرسون فى فصول مناسبه لا عمارهم مع اقرانهم العاديين فى المدرسه بالحى الى اقصى حد ممكن مع توفير الدعم لهم فى هذه المدارس.

أنواع الدمج:

الدمج المكاني:

وهو اشتراك مؤسسه التربيه الخاصة مع مدارس التربيه العامه بالبناء المدرسي فقط ينما تكون لكل مدرسه خططها الدراسيه الخاصة واساليب تدريب وهيئه تعليميه خاصه بها وممكن ان تكون الاداره موحده.

الدمج التعليمي:

اشراك الطلاب المعوقين مع الطلاب الغير معوقين قي مدرسه واحده تشرف عليها نفس الهيئه التعليميه وضمن البرنامج المدرسي مع وجود اختلاف

في المناهح المعتمده في بعض الاحيان . ويتضمن البرنامج التعليمي صف عادي و صف خاص وغرفة مصادر. او هو ما يقصد به دمج الطالب ذوى الاحتياجات الخاصة مع اقرانه العاديين داخل الفصول الدراسيه المخصصه للطلاب العاديين ويدرس نفس المناهج الدراسيه التى يدرسها العادى مع تقديم خدمات التربيه الخاصة.

الدمج الاجتماعي:

التحاق الاطفال المعوقين بالصفوف العامه بالانشطة المدرسيه المختلفة كالرحلات والرياضه وحصص الفن والموسيقى والانشطة الاجتماعيه الاخرى .هو ابسط انواع واشكال الدمج حيث لا يشارك الطالب ذوى الاحتياجات الخاصة نظيره العادى فى الدراسه داخل الفصول الدراسيه وانما يقتصر على دمجه فى الانشطة التربويه المختلفة مثل التربيه الرياضيه والتربيه الفنيه وأوقات الفسح والجماعات المدرسيه والرحلات والمعسكرات وغيرها

الدمج المجتمعي:

اعطاء الفرص للمعوقين للاندماج في مختلف انشطة وفعاليات المجتمع وتسهيل مهمتهم في ان بكونا اعضاء فاعلين ويضمن لهم حق العمل باستقلاليه وحريه التنقل والتمتع بكل ما هو متاح في المجتمع من خدمات

الدمج الجزئى:

ويقصد به دمج الطالب ذوى الاحتياجات الخاصة فى ماده دراسيه او اكثر مع اقرانه من العادين داخل فصول الدراسه العاديه.

أهداف الدمج:

١. اتاحة الفرص لجميع الاطفال المعوقين للتعليم المتكافىء والمتساوي مع غيرهم من الاطفال.

٢. اتاحة الفرصه للأطفال المعوقين للانخراط في الحياة العادية . والتفاعل مع الاخري.

٣. اتاحة الفرصه للأطفال غير المعوقين للتعرف على الاطفال المعوقين عن قرب وتقدير مشاكلهم ومساعدتهم على مواجهة متطلبات الحياة.

٤. خدمة الاطفال المعوقين في بيئتهم المحاليه والتخفيف من صعوبة انتقالهم الى مؤسسات ومراكز بعيده عن بيتهم وخارج اسرهم وينطبق هذا بشكل خاص على الاطفال من المناطق الريفيه والبعيده عن مؤسسات ومرامز التربيه الخاصة.

٥. استيعاب اكبر نسبه ممكنه من الاطفال المعوقين الذين لا تتوفر لديهم فرص للتعليم.

٦. تعديل اتجاهات افراد المجتمع وبالذات العاملين في المدارس العامه من مدراء ومدرسين واولياء امور.

٧. التقليل من الكلفه العاليه لمراكز التربيه المتخصصة.

٨. التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال أنفسهم وتخليص الطفل وأسرته من الوصمة التي يمكن أن يخلقها وجوده في المدارس الخاصة.

٩. وإعطاؤه فرصة أفضل ومناخا أكثر تناسبا لينمو نموا أكاديمياً واجتماعيا ونفسيا سليما إلى جانب تحقيق الذات عند الطفل ذي الاحتياجات الخاصة

وزيادة دافعيته نحو التعليم ونحو تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الغير وتعديل اتجاهات الأسرة وأفراد المجتمع.

١٠. وكذلك المعلمون وتوقعاتهم نحو الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة من كونها اتجاهات تميل إلى السلبية إلى الأخرى أكثر ايجابية.

١١. كما يحق للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تلقي التعليم في المدارس العادية كبقية الأطفال العاديين حيث يعتبر الدمج جزءا من التغيرات السياسية والاجتماعية التي حدثت عبر العالم وان التربية الخاصة في المدارس العادية تساعد علي تجنب عزل الطفل عن أسرته والذين قد يكونون مقيمين في مناطق نائية.

١٢. هو التركيز بشكل أعمق علي المهارات اللغوية للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية حيث نجد إن تعلم اللغة لا يتم بالصدفة وإنما يعتمد بشكل كبير علي العوامل البيئية ويعتبر النمو اللغوي مهما جدا للأطفال المدمجين حيث يسهل نجاحهم من خلال التفاعلات اليومية مع الآخرين.. لذا فان عملية تكييف الجوانب المرتبطة باللغة كالقراءة والكتابة والتهجئة والكلام والاستماع تعد مطالب ضرورية لنجاح دمجهم.

١٣. وقد أشارت العديد من الدراسات إلى إن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في فصول الدمج التي تقدم لهم مناهج معدلة وبرامج تربوية فردية في المهارات اللغوية يظهرون مقدرة أفضل للتعبير عن أنفسهم، كما إن الدمج يزود الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بالفرص المناسبة

لتحسين كل من مفهوم الذات والسلوكيات الاجتماعية التي وجد بأنهما مرتبطان ببعضهما بشكل كبير.

١٤. أن دمج الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين يساعد هؤلاء في التعرف علي هذه الفئة من الأطفال عن قرب وكذلك تقدير احتياجاتهم الخاصة وبالتالي تعديل اتجاهاتهم وتقليل آثار الوهم السلبية من قبل الأطفال الآخرين ، والمدرسة من أفراد العائلات الأخرى ومن غير المعاقين ووضع الأطفال في ظروف ومناخ تعليمي أكثر إدماجاً واقل تكلفة وتوفر تعليماً فردياً حيث أن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العامة من الناحية الاقتصادية يكون اقل تكلفة مما لو وضعوا في مدارس خاصة لما تحتاجه تلك المدارس من أبنية ذات مواصفات وجهاز متخصص من العاملين بالإضافة إلى الخدمات الاخري.

١٥. يجب أن لا يغيب عن أذهاننا بأن الدمج قد لا يكون الحل الأمثل لكل الاطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، بل إن بعض الاطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة قد لا يتمكنون من النجاح في أوضاع الدمج المختلفة لتباين حاجاتهم وعدم فعالية الخدمات التي قد تقدم لهم في تلك الأوضاع الدراسية.. ففي حين ان الدمج قد يكون حلماً وأملاً يتمناه الكثير من الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة إلا انه قد يكون كارثة للبعض الآخر لما قد يطرأ من سلبيات في عملية التطبيق لا يتم احتواؤها مسبقاً أو الاستعداد لها.

١٦. يعتبر الدمج متسقا ومتوافقا مع القيم الأخلاقية والثقافية

١٧. يخلص الدمج العاديين من الافكار الخاطئة حول خصائص اقرانهم وإمكاناتهم وقدراتهم من ذوى الاحتياجات الخاصة

١٨. من اهداف الدمج بعيده المدى تخليص ذوى الاحتياجات الخاصة من جميع انواع المعيقات سواء المادية او المعنوية التي تحد من مشاركتهم في جميع مناحي الحياه

الشروط الواجب توافرها لتطبيق سياسة الدمج:

- نوع العوق : يجب ان يراعى نوع وشده العوق قبل البدء بعمليه الدمج ومعرفه الاستعداد النفسى للطالب المراد دمجه.
- التربية المبكرة : بحيث يجب ان تسبق عمليه الدمج لذوى الاحتياجات الخاصة تربيه مبكره من الأسرة لمساعدتهم على اداء بعض الوظائف الأساسية للحياة مثل الكلام والحركة والتنقل والاعتماد على نفسه فى الاكل.
- إعداد معلمي المدارس العادية : ينبغى تدريب معلمى المدارس العاديه على كيفيه التربوى مع ذوى الاحتياجات الخاصة وكيفيه التعامل مع المواقف السلوكيه.
- عدد الطلاب من ذوى الاحتياجات الخاصة فى الفصول العادية: يفضل الا يتجاوز عدد الطلاب المراد دمجهم فى الفصل العادى عن طالبين.
- الفصل : يجب ان يكون حجم الفصل مناسب وذلك لحريه الحركه وممارسه اى نشاط داخله اضافه الى التهويه والاضاءه والمخارج.
- مرافق المدرسه الاخرى.

- غرفه المصادر والخدمات المسانده.
- الخطه والجدول والمناهج والتقييم.
- تنميه الاتجاهات الإيجابية نحو الدمج.
- التدريس التعاونى.
- اتقان البرامج الفرديه وتخطيطها قبل تنفيذها.
- التنوع فى الانشطه لكى تسمح بمشاركه ذوى الاحتياجات الخاصة.
- مشاركه الاسره وتفعيل دورها.
- ايجاد القرين التعليمى.
- ان تتم بصوره تدريجيه ومدروسه دراسه وافيه ومسبقه.
- لاختيار السليم والمناسب للمدرسه.
- تدريب و تثقيف المعلمين بشكل يتاسب مع اهداف البرنامج ويحقق التقبل المطلوب لفكرة الدمج.
- الاختيار السليم والمناسب لمجموعة الاطفال المراد دمجهم.
- اشراك اولياء الامور في التخطيط للبرنامج بكافة مراحله.

اساليب الدمج:

من خلال التحدث عن اسس وشروط الدمج تم طرح الحديث عن اساليب وطرق المدمج ولكن ليتم تفنيد هذه النقطه بوضوح ها هى اساليب الدمج:

- الفصول الخاصة :وهى فصول بالمدرسة العادية يلحق بها ذوى الحاجات الخاصة فى بادئ الامر مع اقامه الفرصه امامه مع اقرانه العاديين اطول فتره ممكنه من اليوم الدراسى.
- غرفه المصادر : وفيها يتلقى ذوى الاحتياجات الخاصة مساعده خاصه بصوره فوريه بعض الوقت حسب جدول ثابت بجانب وجوده فى الفصل العادى.
- الخدمات الخاصة : ويقدمها معلم متخصص يزور المدرسه العاديه من٢–٣ مرات اسبوعيا لتقديم مساعده فرديه منتظمه فى مجالات معينه لبعض ذوى الاحتياجات الخاصة.
- المساعده داخل الفصل حيث يلحق الطالب ذوى الاحتياجات الخاصة بالفصل العادى مع تقديم الخدمات اللازمه له داخل الفصل.
- المعلم الاستشارى: حيث يلحق الطالب ذوى الاحتياجات الخاصة بالفصل العادى ويقوم المدرس العادى بتعليمه مع اقرانه العاديين ويتم تزويد المعلم بمساعدات عن طريق المعلم الاستشارى او المعلم المتجول وهنا يحمل معلم الفصل العادى مسئوليه اعداد البرامج وتطبيقها.

الوقاية من الإعاقات الجسدية :

الوقاية الأولية " Primary Prevention " :

تتضمن الوقاية الأولية جميع الإجراءات التي يتم تنفيذها قبل حدوث المرض وذلك بهدف خفض أعداد الأطفال المعوقين في المجتمع . وتهتم برامج الوقاية

الأولية بفئات المجتمع وبالأسر الأكثر عرضة من غيرها للإعاقة لأسباب محددة ، كذلك فهي توجه نحو تثقيف المجتمع عموماً من الناحية الصحية ، وعلى وجه التحديد تعمل الوقاية الأولية على تحسين المستوى الصحي من خلال اكتشاف عوامل الخطر وإزالتها ، وذلك يمكن تحقيقه من خلال حماية الأمهات ورعايتهن قبل الولادة وأثناءها ، وحماية الأطفال ورعايتهم عبر التطعيمات وتحسين المستوى الغذائي والوقاية من العوامل المؤدية لنقص الأكسجين والإرشاد الجيني .

الوقاية الثانوية " Secondary Prevention " :

أما الوقاية الثانوية فتتضمن بذل جهود بعد حدوث المرض وقبل حدوث العجز . وذلك يشمل الحدّ من شدة المرض أو مدته . ومن الناحية الطبية ، فالوقاية الثانوية تعني استعادة القدرات الجسمية والصحية وبالتالي خفض أعداد الأطفال العاجزين . وبناءً على ذلك ، تهتم البرامج الوقائية الثانوية بالكشف عن الأطفال المرضى والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر . كذلك ينصب الاهتمام في هذه البرامج على إثراء بيئة الطفل ، وتوفير الرعاية الطبية المكثفة والمتواصلة ، وتوظيف الأساليب والأدوات التعويضية والتصحيحية للأطفال .

الوقاية الثلاثية " Tertiary Prevention " :

تحدث الوقاية الثلاثية بعد حدوث العجز ، وتهدف إلى وقف تدهور حالة الطفل . إنها تهدف أساساً إلى الحدّ من التأثيرات المرافقة أو الناجمة عن الحالة وضبط المضاعفات . وتتضمن الوقاية الثلاثية توفير خدمات الإرشاد الجيني والإرشاد الأسري ، الأطراف الاصطناعية والمساعدة عند الحاجة ،

والتربية الخاصة والتأهيل ، والعلاج النطقي والطبيعي والوظيفي والنفسي ، وتعديل الاتجاهات في المجتمع وتكييف البيئة .

العلاج بالرسم :

العلاج بالرسم يكون ناجحاً ومفيداً مع العديد من الأفراد؛ لأنه يساعدهم على فهم أنفسهم، والأفكار تتواصل حينما تعجز الكلمات عن التعبير، ويتم الاستبصار بالذات خلال التعبير الفني ، والرسم الذي يقدم في الجلسة العلاجية هو تسجيل لمشاعر الفرد، حيث يعبر عن ذاته على نحو فني، ولا يحتاج العملاء إلى المهارات أو القدرات الفنية، فالعمل الفني يرى فيه الدلالة العلاجية، ولا يرى من الناحية الفنية والمعطيات والمعلومات التي تعكس في الرسوم تصبح الأساس للتدخلات العلاجية وفي هذا السياق يقول أحد الذين عولجوا بالرسم أعطاني الفرصة لأعبر عن نفسي، فخرجت مشاعري في الرسم دون الحرج من أحد ، والرسم يحسن الحالة البدنية والعقلية والانفعالية، لدى الأفراد في جميع الأعمار، كذلك التعبير الفني يطور وينمى مهارات التفاعل بين الأشخاص، ويقلل الضغوط والمشكلات السلوكية، ويزيد تقدير الذات، والوعي بالذات، ويحقق الاستبصار، ويحسن العلاقات بين أفراد الأسرة.

وفي بعض جلسات العلاج بالفن يكون الموضوع الذي سيتم رسمه حراً، وأحياناً يقترح بعض الأفراد موضوعاً للرسم، وفي الجلسات الأولى من العلاج يمكن أن يقترح المعالج موضوعاً محدداً للمشاركين، ويكون هناك ارتباط قوى بين ما بداخل العميل المشارك والرسم الذي يقوم به، والمعالج عليه أن يسأل

ويناقش ذلك، وأثناء المناقشة تحاول المجموعة أن تجعل المعالج يقسم الوقت بينهم بالتساوي، وبعض الأفراد في مجموعة العلاج بالفن يعطون بعض التعليقات في بداية العلاج مثل (أنا لا أعرف أن أرسم) (كيف سيساعدني الرسم؟) ، والمعالج عليه أن يوضح للأفراد أنه ليس مهماً أن يكون لديهم مهارة الرسم، وأنه على ثقة من أنهم سيفعلون أفضل ما عندهم .

إن العلاج بالفن يهدف إلى مساعدة الأفراد على أن يفسروا ويفهموا المعنى، والدلالة في أعمالهم الفنية" الرسوم" ، وعلى المعالج أن يهيئ المكان الملائم والمساعد ؛ لكي يعبر العملاء ويكتشفوا أعمالهم، وذلك بأن يكون امباثياً، مشجعاً ومدعماً، معطياً ومانحاً للرعاية، أميناً، صادقاً .وأن عملية الاستبصار وفهم الانفعالات والدفاعات تجعل العميل يتحرك نحو الأمام في العلاج، والمعالج بالفن يقوم بالبحث عن الرسائل الخفية في أعمال العملاء، ويمكن أن يعطى تفسيرات أثناء جلسة العلاج، مستنداً على فهمه لرموز السياق والتعليقات اللفظية، والتأويل يعطى المعنى للرسم، والمعالج يعمل على إفهام العميل تفسير الرسم، والفهم يمكن أن يكون على المستوى الانفعالي، أو المستوى المعرفي، أو الاثنين معاً.

- **استخدام الفنون كوسيلة اسقاطية وتنفيسية:**

إن الأنشطة الفنية هي احدى الاختبارات الاسقاطية التى يكشف من خلالها على خصائص الطفل، من خلال إسقاط مشاعره الدفينة ورغباته واحتياجاته وصراعاته بأسلوب رمزى يرضى عنه المجتمع. فيقول حمدى خميس: "إن رسوم الأطفال تمثل حاجة ضرورية غالبا ما تكون لا شعورية عن

الكثير من رغباته وحاجاته التى لا يستطيع التعبير عنها فى الواقع لكى يخفف من التوتر والقلق الناتجين عن رفض العالم الخارجى لهذه الرغبات أو الحاجات، مثل عدم القدرة على رد العدوان الأكبر منه وشعوره بالعجز والدونية تجاههم، كل هذه العوامل تجعله فى أشد الحاجة للتعبير عن انفعالاته المحبوسة بطريقة تضمن له إرضاء من حوله وعدم عقابهم له.

فيسقط الطفل كثير من مخاوفه ورغباته المكبوتة أثناء تعبيراته الفنية، مما يحقق له الراحة النفسية والاتزان الانفعالى، لأنه يكون قد تخلص من بعض المكبوتات التى قد تسبب له القلق، ويؤكد لونفيلد على هذا المعنى فيقول: "إن الطفل كالفنان يعبر فنه عن وجدانه، ولكن الاختلاف بينهما واضح فبينما يركز الفنان اهتمامه على المنتج النهائى، فإن الطفل يهتم بالخبرة الممتعة التى يحصل عليها أثناء قيامة بالرسم، فإذا ما أتم رسمه فقد حقق غرضه ولم يعد الرسم ذاته مهما بالنسبة له.

العلاج باللعب :

من أكثر أنواع اللعب شيوعًا لدى الأطفال، ويمكن ملاحظة تطور هذا النوع من اللعب من البسيط والتلقائي والفردي، إلى الألعاب الأكثر تنظيمًا وجماعية على النحو التالي:

- **اللعب الحسي الحركي :**

إن بدايات نشاطات اللعب تبدأ مع الطفل في شهوره الأولىح حيث يكون اللعب نشاط حر وتلقائي يقوم به الطفل ويتفوق به، ويتوقف عنه متى رغب،

وهو نشاط فردي في معظمه. وتكون نشاطات اللعب غالبيتها استكشافيه واستطلاعية، يحصل فيها الطفل على البهجة والمتعة في استثارة حواسه، ومعالجة الأشياء، وتناولها بأطرافه، وينزع الطفل في اللعب الاستطلاعي إلى تدمير الأشياء بجذبها بعنف أو يلقي بها بعيدًا . ويمكننا أن نقسم اللعب الحسي الحركي.

١. الحركات غير الهادفة التي تسبق التحكم الإرادي الكامل.
٢. الأنشطة الفجائية غير الهادفة، أو ذات الأهداف غير الواضحة.
٣. الأنشطة المتكررة التي تشمل الممارسة التلقائية للحركات، بدءًا من الحركات المتكررة الإجبارية، إلى المشي، والتسلق، والحركة الهادفة التي يقوم بها أطفال سن السنتين أو الثلاثة، وانتهاء بالحركات المدروسة المحسوبة التي يقوم بها الرياضيون من الكبار .

- **ألعاب السيطرة والتحكم :**

في مرحلة ما قبل المدرسة، يتحول الطفل إلى الاهتمام بنشاطات أكثر تقدمًا وتعقيدًا تُعرف بألعاب السيطرة أو التحكم، والتي تمكنه من تعلم مهارات حركية جديدة، كالتوازن، والتآزر الحس حركي، ويسعى الطفل لاختبار مهاراته هذه بالعاب متعددة تدعى ألعاب المهارة؛ حيث يهتم الطفل بالسير على الحواجز في الشوارع، والقفز من أماكن مرتفعة، والحجل على قدم واحدة، والتقاط الكرات برشاقة ...الخ.

- اللعب الخشن :

يعد هذا النوع من اللعب أكثر شيوعًا لدى الأطفال الذكور، خاصة في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة؛ حيث يعمد الأطفال إلى اختبار قدراتهم البدنية، عن طريق ألعاب تتصف بالخشونة مثل المصارعة، والاشتباك بالأيدي، وقذف الكرات. وغالبًا ما يرافق هذا النوع من اللعب الانفعالات الحادة، كالصراخ، والكيد للآخرين، والإيقاع بهم .

-اللعب الجماعي :

يبدأ اللعب الجماعي في وقت مبكر. والرأي الذي يتقبله الجميع بالنسبة للتتابع الزمني الذي يسير فيه نحو الارتقاء مع التقدم في السن هو أن اللعب الانفرادي، يعقبه لعب المحاذاة "الموازي"، ثم لعب المشاركة، وأخيرًا اللعب التعاوني . أي أن تطور اللعب الجماعي عند الطفل يتماشى وفق نمو سلوكه الاجتماعي على النحو التالي:

أ- اللعب الفردي: وفيه يلعب الطفل مستقلًا وحده، دون أن يلتفت للآخرين من حوله.

ب- اللعب المشاهد: وفيه يكتفي الطفل بمشاهدة ألعاب الآخرين.

ج- اللعب الموازي : نشاطات لعب متشابهة، يقوم بها طفلان أو أكثر بنفس الطريقة والمكان نفسه ولكن دون حدوث أي تفاعلات اجتماعية فيما بينهم.

د- اللعب المشترك: وفيه يتفاعل الأطفال معًا في اللعب، بما فيها تبادل أدوات اللعب والتحدث مع بعضهم البعض، لكن يظل كل واحد منهم يقوم بلعبة واحدة.

هـ- اللعب التعاوني: وفيه يعمل الأطفال معًا، ويساعد بعضهم بعضًا لإنتاج شيء ما، كما يتبادلون أدوار اللعب فيما بينهم .

٢ -اللعب التمثيلي أو الإيهامي:

يرتبط بقدرة الطفل على التفكير الرمزي، وهذا يتضح عند قيام الطفلة بإرضاع دميتها أو وضعها في العربة والتجوال بها، وفي نشاطات اللعب التمثيلي يقوم الطفل بتقمص شخصيات الكبار، ويعكس نماذج الحياة الإنسانية والمادية من حوله. ويمكن تلخيص فوائد اللعب التمثيلي على الشكل التالي:

أ-عقلية: تعلمه التفكير ألابتكاري.

ب-اجتماعية: تعلمه الدور والإعداد للحياة.

ج- نفسية :تعويضية علاجية.

ويُعد اللعب الرمزي من أشكال اللعب التمثيلي؛ حيث يستخدم الطفل الدمى كرموز تمثل وتقوم مقام الأشياء والموضوعات الأخرى . كما أنه يمثل فيه رمزيًا أولئك الذين يود أن يكون مثلهم، سواءً أكان تمثيلًا لأشخاص أو أحداث، ويتمثل هذا النوع في الألعاب التي تعتمد على الخيال الواسع، ويرى الباحثون أن هذا اللعب يسود في بداية الطفولة المبكرة؛ نظرًا لنمو القدرة على التخيل في هذه المرحلة. وكلما تقدم الطفل في العمر واندمج في مجتمع المدرسة، فإنه يبتعد عن اللعب الإيهامي، ويحقق اللعب الإيهامي وظائف كثيرة منها:

- ينمي قدرة الطفل على تجاوز الواقع والغوص في الخيال؛ مما يساعد على تنمية التفكير الابتكاري.

- يُمكّن الطفل من تحقيق رغباته وحاجاته بطريقة تعويضية؛ مما يخفف القلق والتوتر عنده .

٣-اللعب الإنشائي أو التركيبي:

في سن السادسة من العمر، يبدأ الطفل باستخدام المواد بطريقة محددة وملائمة في البناء والتشييد، وينمو اللعب التركيبي مع مراحل نمو الطفل من مرحلة الطفولة المبكرة؛ حيث يركز على بناء النماذج، مثل عمل العجينة، وتشكيلها، واستخدام المقص، واللصق والألوان، وجمع الأشياء . أما في مرحلة الطفولة المتأخرة فيتطور اللعب التركيبي ليصبح نشاطًا أكثر جماعيةً، وتنوعًا، وتعقيدًا. ومن المظاهر المميزة لنشاط الألعاب التركيبية بناء الخيام، والألعاب المنزلية، وعمل نماذج الصلصال ..الخ ، حيث أنه غالبًا ما يكون تشكيل هذه الأشياء في بداية اللعب صعبًا؛ حيث يضع الطفل الأشياء بجوار بعضها، ولكن بعد الخامسة يأخذ بتجميع الأشياء وتركيبها في شكل أصيل، ويشعر بسعادة غامرة لهذه الإنتاجية. ومن خصائصه، العودة إلى الواقع، وأنه ينمي مهارات التصنيف والعلاقات بين الأشياء، وينمي القدرة المكانية.

٤-الألعاب الفنية:

تتمثل في النشاطات التعبيرية الفنية التي تنبع من الوجدان، والتذوق الجمالي، والإحساس الفني مثل الموسيقى والرسم؛ حيث تتميز رسومات الأطفال بأنها:

أ – أداة تعبير عن المشاعر، والأحاسيس، والتطورات.

ب– وسيط للابتكار والإبداع، وعمل التصاميم والأشكال.

ج- أداة للتذوق والاستمتاع الجمالي.

د- أداة تشخيص للاضطراب النفسي، ووسيلة للمعالجة .

٥- الألعاب الثقافية :

يُقصد بها تلك النشاطات المثيرة لاهتمام الفرد، والتي تلبي احتياجاته وحب الاستطلاع لديه، والمتمثلة في الرغبة في المعرفة، واكتساب المعلومات، والتعرف إلى العالم المحيط به، وهذه النشاطات غالبًا ما تكون نشاطات ذهنية كالمطالعة، أو مشاهدة البرامج المسرحية، أو التلفازية ، كما وتساعد الألعاب الثقافية على اكتساب المعارف والخبرات، وتنمي آفاق الطفل وقدراته الفكرية، وهي بذلك تُعدّ وسيطًا لتربية الأطفال والحفاظ على الهوية الثقافية للمجتمع .

٦- الألعاب الرياضية والترويحية :

وتتمثل في ألعاب التخفي، والمطاردة، والسباقات مع الآخرين، وألعاب الكرة، وبعض الألعاب الأخرى التي تمتاز بأنها اجتماعية وليست فردية، وأن لها قواعد ونظم تحددها، وتعتبر هذه الألعاب ذات أهمية كبيرة في النمو الاجتماعي، فهي تنمي روح التعاون والتنافس بين الأطفال، وتمكنهم من القيام بأدوار القائد أو التابع. كما أنها وسيلة لمعرفة الفرد بنفسه، وتسود هذه الألعاب في مرحلة المدرسة الابتدائية وما بعدها .

٧- الألعاب الإلكترونية :

وهي نمط جديد من الألعاب ظهرت حديثًا في القرن العشرين؛ حيث تمارس هذه الألعاب بأجهزة معقدة، وقد قررت بحوث عديدة أن هذه الألعاب تنمي لدى الطفل القدرة على التفكير، وحلّ المشكلات، وتزيد من قدرته على

التركيز والانتباه، ولكنها في المقابل تزيد من توتر الطفل، وتقلل من فرص التفاعل الاجتماعي والاندماج مع الآخرين. وتتدرج هذه الألعاب من حيث التعقيد بما يتناسب مع مراحل النمو .

العلاج بالموسيقى :

يعرّف العلاج بالموسيقى على إنه أسلوب تحليل محدد في العلاج النفسي والذي يقوم بشكل فعّال بتوظيف وسيلة الاتصال المحددة (الموسيقى)، للحصول على أثر إيجابي في علاج أمراض الاضطراب العصبي الوظيفي (neuroses)، الاختلال " السيكوسوماتي " النفس الجسماني (التفاعل بين الظواهر النفسية والجسدية) ، الذهان الوظيفي ، والأمراض النفس عصبية ، لقد اعترف العديد من أطباء علم النفس والعلماء النفسيين بأهمية تأثير الموسيقى في العلاج النفسي للعديد من الأمراض، وخصوصاً الأمراض التي تحتاج إلى عملية تواصل مع اللاشعور والدخول إلى تلك المنطقة لمسحها ومعرفة أسباب العلة الكامنة وراء المرض النفسي قيد التحليل أو المعالجة، فالتأثير الانفعالي للموسيقا يستحث منطقة اللاشعور (اللاوعي) والتي بدورها تصبح أكثر فاعلية وتغلب على الشعور (الوعي) مطلقة العنان لمخزونات تلك المنطقة وسامحة للمعالج الخوض فيها والكشف عن مكنوناتها، ومن جهة أخرى يشعر المريض بالارتياح والتنفيس عما في داخله.

ويرى البعض أيضاً أن الدور الذي تلعبه الموسيقى في العلاج النفسي هو أنها تعمل على رفع معنويات المريض مما يساعد في عملية

العلاج وكذلك فإن للموسيقا دور ترفيهي يشجع المريض على تعلم التعبير عن نفسه عبر آلة موسيقية معينة، وبهذا فإن المعالج يستطيع أن يثير أو يهدئ أو يعدد الانفعالات الثائرة، أو يحفز الروح المعنوية الهابطة عن طريق الموسيقى المثيرة أو الهادئة

لقد استخدم كل من ميتشل وزانكر(Mitchel & Zanker) الموسيقى كأسلوب في العلاج النفسي ووجدا لها قيمة كبيرة في الأمور التالية:

- تقوية العلاقات الشخصية الداخلية.
- إطلاق الانفعالات.
- المساعدة على خلق التكامل في الشخصية.

والموسيقى تعمل كمساعد في تفريغ الشحنات الإنفعالية وازالة التوتر، حيث يستمع المريض الى قطع موسيقية أو يقوم بعزف الموسيقى ويقوم المعالج بدوره بتسجيل ردود الأفعال الناتجة وتفسير المريض لكل مقطوعة، كما ويمكن ان يضاف الغناء الى الموسيقى في عملية المعالجة.

وتعد عملية إطلاق الانفعالات من الأمور المحببة في التحليل النفسي حيث يؤدي ذلك الى شعور المريض بالارتياح كما يفتح المجال أمام الطبيب المعالج لدراسة تلك الانفعالات عن كثب.

إن عملية التواصل مع المريض يمكن تفعيلها من خلال الموسيقى وهذه العملية ضرورية في علاج العديد من الأمراض النفسية منها على سبيل المثال أمراض (التوحد) (Autism) والتي يعاني منها بعض الأطفال، وفي هذا يقول الدكتور إبراهيم الزريقات " الأشكال الاتباعية والموسيقية للعب والتفاعل يمكن

أن تكون مساعدة في تلقين التواصل والعلاقات مع الأطفال المتوحدين، وتستعمل الموسيقى بطرق متنوعة كمساعد تدريس. علاج التفاعل الموسيقي المكثف من قبل معالج موسيقي مدرب يمكن أن يحسن تنظيم الذات الانفعالي والاستعداد التواصلي للأطفال المتوحدين وتحسين العلاقات مع الآباء والآخرين والنمو والتعليم " ويذهب بعض أطباء العلاج النفسي إلى أن العلاج بالموسيقى قد يكون بديلاً للوسائل العلاجية الأخرى في مجال الطب النفسي، إلا أن هذا الأسلوب في العلاج لا يمكن اعتباره علاجاً نموذجياً في الكثير من الحالات وخصوصاً تلك التي تتطلب تدخل الأدوية العلاجية وأحياناً الصدمات الكهربائية، في هذه الحالة، فمن الضروري الاعتماد على الموسيقى في رفع الروح المعنوية للمريض.

الفصل السادس
تأهيل المعاقين حركياً

مفهوم التأهيل:

هو إعادة الوظيفة الكاملة للمصاب ، ويعتمد بصورة أساسية على التعرف على أسباب الإصابة والتقويم الصحيح لها وطرق علاجها ، ويتم تأهيل المصاب العادى بحيث يستطيع القيام بالوظائف والأعباء الضرورية دون إضطراب مثل المشى وصعود السلالم وتأدية مطالب الحياة اليومية بصورة طبيعية. فالتأهيل هو عملية تثقيفية و حل لمشكلة تهدف لتقليل العجز والاعتلال البدني الناتج لمرض لدي شخص ما، مع وجود هذا العجز في صورة محدودة تكافئ الموارد المتاحة لخلفية المرض أو الإصابة . ويعتبر التأهيل من المحاور الأساسية فى علاج العديد من الاصابات لأنه يهدف إلى إزالة حالات الخلل الوظيفى للجزء المصاب ، عن طريق العناية بمظاهر الضعف في بعض العضلات والأربطة والمفاصل .

ويذكر أن التأهيل هو إعادة الكفاءة البدنية والوظيفية فى الجزء المصاب بالجسم بحيث يؤدى الشخص احتياجاته البدنية والحركية اليومية بسهولة ويسر. كما أنه التأهيل يعنى إعادة كل من الوظيفة الطبيعية والشكل الطبيعى للعضو بعد الإصابة، أما التأهيل الرياضى فينبغى إعادة تدريب الرياضى المصاب لأعلى مستوى وظيفى فى أقصر وقت ممكن.

التأهيل الحركى مع الأطفال :

هو عباره تعليم المهارات الحركيه الاساسيه مثل (المشى –الجرى – الوثب – الحجل)وتطوير هذه المهارات وواضاعها الى مهارات اعقد فااعقد للوصول لاكبر درجه من الاستقلاليه فى التنقل والحركه عند الطفل .

دور التأهيل الحركى

- تنميه الاستقلاليه التامه فى الحركه
- تطوير المهارات الحركيه الكبرى
- تطوير المهارات الحركيه الصغرى
- تقويه العضلات وزياده القدره على التحمل
- ترقيه التوافق العضلى العصبى
- معالجه التشوهات العظميه الناتجه عن قله الحركه
- تحسين الوظائف الحركيه
- استعاده المدى الحركى للمفاصل

هدف التأهيل الحركى

الحصول على افضل استقلاليه فى الحياه اليوميه من خلال تحسين الوظائف الحركيه والوقايه من التشوهات العظيمه وعلاجها والتغلب على نقص الحركه الناتج عن الاصابه.

الحالات التى تحتاج الى التأهيل الحركى :

- الشلل الدماغى
- الاعاقه الحركيه

- جميع المتلازمات
- بطى التعلم
- صعوبات التعلم
- التاخر العقلى
- التوحد

الفرق بين العلاج الطبيعى والتأهيل الحركى .

العلاج الطبيعى :

يتعلق بتأهيل الاطفال على المراحل الحركيه التى يمر بها الانسان (التحكم فى الراس – الحبو– التقليب – الجلوس – الوقوف – المشى ...الخ)

التأهيل الحركى :

تأهيل الاجزاء المصابه بالجسم عن طريق (تقويه العضلات– زياده كفاءه العضله وزياده القدره على التحمل – معالجه التشوهات – منع العجز الناتج عن الاعاقه)

آليات التطور الحركى :

ان تطوير المهارات الحركيه يتبع خطوات متتاليه معينه ، فهناك خطوات اساسيه لابد للطفل من تجاوزها الى غيرها من خطوات فمن المحال ان تجد طفل قد تعلم المشى وراسه مائله على كتفه او ملقاه الى الخلف او الامام لايستطيع ان يتحكم بها .ولذلك فان هذه الخطوات تم تحليليها من جهه علاقتها بالانماط العامه للتنميه تتبع متتاليات معينه .

١- التطوير من اعلى الى اسفل

ويقصد بيها التطوير الحركى من الراس الى القدم وهذا يعكس الخطوات المتتاليه للتحكم فى الراس ثم ...

*التحكم فى منطقه الكتفين والذراعين (التقليب) ثم

* التحكم فى الجذع (الجلوس والاتزان) ثم

* التحكم فى منطقه الحوض (الحبو) ثم

* التحكم فى القدمين (الوقوف والسير).

٢- التطوير من الداخل للخارج

وهذا يعكس التطوير والتحكم فى الطرفين العلويين (الاكتاف قبل التحكم فى المرفقين ثم الرسغين والايادى) والتحكم فى الطرفين السفليين (الحوض قبل التحكم فى الركبه ثم الانكل والاقدام).

٣- التطوير الحركى من الحركات الكبرى للصغرى

وهذا تعكس الانماط التنمويه لحركات جسديه كبرى مثل التقليب والحبو ورفع الذراعين لاعلى قبل الحركات الصغرى الكتابه واستخدام الازرار والمفاتيح

٤- التطوير من الاثقل الى الاخف

ونمط حمل الاثقل (الجسد) يعكس لنا قدره الطفل على ..

*حمل جسده فى مرحله التقليب من وضع النوم على البطن الى النوم على الظهر

* حمل جسده وهو جالس يسند على يديه

* حمل جسده وهو يحبو

فان اليدين والذراعين يحملان الجسد (الاثقل) قبل نمط الاخف وهى قدره الطفل على الوصول للاشياءوالادوات والامساك بها

٥- من الثبات الى الحركه الهادفه

وهذا الاليه تعكس اكتساب الطفل لاوضاع الثبات اولا ثم تحوله من وضع الثبات الى الحركه كما يحدث فى ...

*اتخاذ الطفل وضع القطه (الثبات) قبل الحبو (الحركة)

* اتخاذ الطفل لوضع الوقوف (الثبات) قبل المشى (الحركة)

٦- من الانعكاسات الاوليه الى الانعكاسات المتقدمه

كمرور الطفل على منعكس القبضه الطفوليه وكذلك رد فعل الذراعين الغير متماثل لحركه الرقبه قبل منعكس الحمايه

٧- من القبضات البسيطه الى القبضات المعقده

وهذه الاليه تعكس تطور قدره الطفل على مسك الاشياء كبيره الحجم قبل مسك الاشياء الدقيقه .

الأنماط الحركيه :

١) **نمط احادى :**

ويتم فيه تحريك جانب واحد فقد "احد الذراعين " مع سكون الجانب الاخر او التحميل على الجانب الاخر وله صور عديده باختلاف الشى المراد الوصول اليه. وينقسم الى :

١- **نمط احادى تكررى** : كعجله الكتف

٢-نمط احادى تبادلى :

ويتم تحريك فيه حركه احد الطرفين مع سكون الطرف الاخر او التحميل عليه ثم حركه الطرف الاخر او التحميل عليه من الحركه الطرف الثانى كما يحدث فى حركه القدمين اثناء المشى او حركه اليدين اثناء الحبو .

٢) **النمط الثنائى :** وينقسم الى

١-نمط ثنائى متماثل :

ويتم فيه تحريك الذراعين معا فى نفس الاتجاه او يتم وضعهما فى نفس الاتجاه فى وضع متماثل من الاجل الاعتماد عليهم او التحميل عليهم ويعتمد هذا النمط على نظريه التعليم المتبادل ويستخدم فى للتغلب على عدم التماثل فى وضع الذراعين اوفى وظيفتهما .

٢-نمط ثنائى تبادلى :

ويتم وضع اليدين فى اوضاع متضاده كما يحدث فى تبادل حركات الذراعين اثناء المشى واستخدام البكرات المعلقه وبدال اليدين .

٣-نمط ثنائى غير متماثل :

وفيه كل ذراع يكون فى اتجاه مختلف عن الذراع الاخر ويستخدم فى التدريب على المراحل المتقدمه من الادراك الحركى ويستخدم فى انشطه الاتزان وتكمن اهميه معرفه الانماط الحركيه فى تحليل الحركه وكذلك فى تعديل الانماط الحركيه الخاطئه التى يتخذاها بعض الاطفال

مثال:

بعض الاطفال عندما يحرك ذراعه الايمن فى نشاط ما فانك تجد ذراعه الايسر يتخذ نفس الاوضاع والحركات التى يقوم بها الذراع الايمن دون ان يشترك الذراع الايسر فى النشاط فترى الذراع الايمن يتحرك الى هدف ما اما الذراع الايسر فيتحرك نفس الحركه الذراع الايمن بدون هدف .

الفرق بين الحركات الكبرى والحركات الدقيقه :

الحركات الكبرى :

هى الحركات التى تصدر من العضلات كبيره الحجم كعضلات الكتفين والذراعين وجذع الجسم والحوض والرجلين . كما ان الحركات الكبرى تشير الى المراحل الحركيه التى يمر بها الطفل اثناء فتره التطوير الحركى :

١- التحكم فى الراس
٢- الجلوس
٣- الوقوف
٤- التقليب
٥- الحبو
٦- المشى

الحركات الدقيقه (الصغرى):

هى الحركات التى تصدر عن حركات صغيره الحجم كالعضلات الدقيقه فى اليدين وعضلات الوجه والفكين مثل:

* مسك القلم اثناء الكتابه .
* لضم الخرز .

التمارين المستخدمه فى التأهيل الحركى :

تعد التمرينات العلاجيه السلبيه منها والايجابيه احدى وسائل التأهيل الحركى وهى من اهم خطوات العلاج الحركى للمصاب ' وللتمرينات البدنيه دورا هاما فى المحافظه على على صحه ولياقه الفرد المصاب ذلك للحد من مضاعفات الاجهزه الحيويه بالجسم (الدورى التنفسى والعصبى والعضلى والعظمى) ومايحدثه ذلك فى الحاله النفسيه للمصاب.

لذلك لابد من تفهم كيفيه عمل العضلات والسبل الصحيه لتنميه قدراتها فقد اوضح بعض العلماء ان مخاطر عدم الحركه – لمستخدمى الكراسى المتحركه

* السمنه
* ألم العضلات
* تناقص حجم الرئه
* الضعف العضلى والتشوئهات القوائميه

هدف التمرينات التأهليه:

*زياده كفاءه الالياف العضليه

* استعاده المدى الحركى للمفصل
* التغلب على ضمور العضلات الناتج عن قله الحركه

*تنميه الاستقلاليه التامه فى الحركه فى اداء الوظائف الحيايتة

* معالجه التشوهات القواميه

*تحسين الحاله المزاجيه للمصاب

* زياده الدوره الدمويه وكفاءه عضله القلب

تصنيف التمرينات :

اولا : تمارين القوه :

تمارين القوة تعمل على زيادة القوة العضلية وقوة التحمل فضلا عن تأثيرها الموضعي والذي ينعكس ايجابيا على وظائف الاعضاء الداخليه خاصة القلب والاوعيه الدمويه والجهاز التنفسي وتمارس هذه التمارين عن طريق اعطاء مقاومة للحركة ، وهذه المقاومة أما أن تكون بوساطة أخصائي العلاج الطبيعي أو عن طريق بعض الأجهزة الخاصه .

تقسم التمارين البدنية الخاصة بتقوية العضلات إلى

١- التمارين الساكنه

٢- التمارين المتحركه

عادة ماتطبق التمارين الساكنة والتمارين الحركية معا في الجلسة الواحدة فيبدأ بالساكنة وينتهي بالحركية ويمكن تطبيقها جميعا ضمن برنامج تدريبي وان كل نوع من أنواع الألياف العضلية بكل عضله يستجيب لنوع معين من المجهود العضلي ، وعادة في البرامج التأهيليه وفي المراحل المبكرة من العلاج تؤدى التمارين الساكنة أولا ثم الحركية التي تتدرج صعوبتها بدءا من التمارين بمساعده والتمارين الحرة الايجابية إلى التمارين باستخدام مقاومات وفق التسلسل الأتي:

- تمارين ساكن.
- مارين حركيه بمساعده.
- تمارين حركيه حرة بدون مساعده وبدون مقاومه.

- تمارين حركيه ضد مقاومه.

ثانيا: تمارين المرونة والمطاطيه :

تهدف هذه التمارين إلى زيادة مطاطية العضلة ومرونة المفصل وخاصة في حالات قصر العضلات أو الالتصاق الذي يعيق حركة الجزء المصاب كذلك حالات التحدد الحركي او انعدام الحركه في المفاصل عند الالتئامات الغير صحيحه بعد الاصابات المفصليه. تمارين الإطالة هي طريقة يدوية لإطالة الجهاز الهيكلي مثل العضلات ، الأربطة، الأوتار وبذلك تعمل علي زيادة حركة المفصل وتستخدم أثناء الإحماء في النشاط البدني قبل ممارسة الرياضة وفي حالة تصلب العضلات كما في تصلب عضلات العمود الفقري في المنطقة العنقية والقطنية ويمكن استخدامها قبل أداء التمارين العلاجية حيث تسهل عمل العضلات والمفاصل وتساعد على سهولة أداء التقلصات العضلية والأداء الحركي في المفاصل وتشمل المرونة للمفاصل ومطاطية او استطالة العضلات وتقسم الى:

- تمارين المرونة القسرية (السلبية)
- تمارين المرونة الإرادية(الايجابية)
- تمارين الاستطالة القسرية (السلبي)
- تمارين الاستطالة الإرادية(الايجابي)

ثالثا: تمارين الشد العلاجي:

الشد وسيلة تستخدم لتقليل التضاغط بين العظام وأنواعه بحسب نوع الشد: الشد المستمر– يُطبق لفترة طويلة لعدة أيام أو أسابيع . الشد المتقطع – يُطبق علي فترات دوام بسيطة.

الادوات والاجهزه المستخدمة في التأهيل الحركى :

١– المشايه الكهربائيه :

- المشي يستخدم فى زياده كفاءه المشى لدى الاطفال الذين يستطيعون السير .
- يستخدم جهاز السير الكربائى للأطفال الذين لا يستطيعوا السير حيث يتم تعليم الطفل وتعويده علي المشي في مراحل الأولي .



٢- الاستاند بار :

عبارة عن جهاز من الخشب يستخدم في العلاج حيث أنها تساعد كثيرا في أداء الكثير من التمارين العلاجية حث أن الطفل يقوم بالاعتماد علي نفسه في الامساك بالجهاز بمساعدة الدكتور في أداء الكثير من التمارين التي تساعد في تقوية عضلات الرجلين وتساعد فى زياده التحكم فى الجذع .



٣- مرتبه الاسفنجيه:

يؤدي عليها التمارين وذلك لحماية الطفل من الصدمات .



٤ – الكره

تستخدم في تمارين الاتزان وردود الفعل التصحيحية



٥ – لوح الاتزان:

يستخدم لتنميه التوازن فى المشى.



٦- العجله:

تستخدم في التوافق العضلي العصبي وتقوية عضلات الارجل وتعليم الجلوس والاتزان وتعليم نمط المشي.



٧- سلم الحائط :

يستخدم فى تدريبات الوقوف والثبات وتدريبات استعاده المدى الحركى لمفصل الكتف وتقويه عضلات الجسم بشكل عام .



٨- الاثقال:

تقوية عضلات اليدين والقدمين.



٩-السلم الارضى :

تقويه عضلات القدمين وتنميه الاستقلاليه فى صعود والسلم، وتنميه التوازن.



١٠- منظم الخطوات

* تنظيم خطوات المشى
* تعليم التبديل اثناء المشى
* التدريب على الاتزان والمشى فى مسار محدد



١١- المتوازى:

* المساعده على الثبات والاتزان اثناء المشى باستقلاليه

* تعيلم المشى فى المراحل الاولى



١٢- الويدج :

يستخدم من الادوات المساعده فى تدريبات الاتزان والوقوف ، وتدريبات تقويه عضلات البطن والظهر وتقويه الجذع والحوض وتدريبات تقويه القدمين.



١٣- الرول :

تدريبات الاتزان و التدريب على تقويه عضلات القدمين والظهر والذراعين وتدريبات استقامه الظهر.



١٤- استيك مقاومة :

تقويه عضلات الجسم بشكل عامل و زياده مقاومه الالياف العضليه.



ادوات اخرى مساعدة :

- اقماع
- حواجز
- مقعد سويد
- كور بلاستيك صغيره
- كوره سله
- دوائر بلاستيك
- مقعد سويدى
- كور طبيه
- حبل قطن
- اطار سياره خارجى

نماذج التمارين :

١	الجلوس تربيع واليدين للجانب مفردوتين وكف اليد فى اتجاه الجنب	*استطاله لعضلات الذراعين *رفع كف اليد للاعلى * تقويه الرسغ *التحميل على كف اليد	
٢	الجثو الافقى (وضع القطه)	*التحميل على كف اليد * استطاله لعضلات الذراعين واليدين *رفع كف اليد للاعلى	
٣	التحميل على الذراعين ورفع القدمين للاعلى وجعل الجسم فى استقامه واحد	*التحميل على كف اليد * استطاله لعضلات الذراعين واليدين *رفع كف اليد للاعلى	الرول
٤	المشى على اليدين (جر عربه الفول)	*تقويه عضلات الذراعين واليدين والكتفين *تنميه التوافق العضلى العصبى *تنميه النمد الاحادى التبادلى	ماشيه كهربائيه ان وجدت

٥	رقود القرفصاء والذرعان جانبا	*تنميه مرونه مفصل القدم *تقويه عضلات القدمين * تقويه الجذاع للمساعده فى الجلوس	
٦	جلوس تربيع والميل جانبا	*تنميه مرونه الجذع	
٧	جلوس تربيع مع ميل الجذاع اماما وخفض الراس للاسفل	تنميه قوه عضلات الظهر ومرونه الجذع	
٨	جلوس طويل فتحا القدمين وميل الجذع والراس للامام	*تنميه مرونه الجذع *قوه عضلات الظهر *مرونه مصل الحوض	
٩	الاستلقاء على الظهر والراس للاعلى والثبات	*تنميه التحكم فى الراس	
١٠	التمدد على البطن ورفع الراس للاعلى	تنميه التحكم فى الراس	
١١	الوقوف على الركبتين ومسك الاستاند بار	*للتميد للمشى *لتنميه التوازن	الاستاند بار

١٢	الوقوف على القدمين ومسك الاستاند بار	*التمهيد للمشى * تنميه الثبات والاتزان	الاستاند بار
١٣	المشى للامام لمدة ١٠د	*تقويه عضلات القدمين *تنميه النمط الاحادى	*المتوازى *المشايه الكهربائيه
١٤	الاستلقاء على الظهر ورفع الذراع للاعلى حتى مستوى الراس	*تقويه عضلات الكتفين *استعاده المدى الحركى للكتف *مرونه لمفصل الكتف	
١٥	الاستلقاء على الظهر ودوران الكتف	*مرونه مفصل الكتف	
١٦	الاستلقاء على الظهر وابعاد الذراع عن الجسم فى اتجاه الجنب	*تنبه عضلات الصدر الاماميه * استعاده المدى الحركى للمفصل	
١٧	الاستلقاء على الظهر ولف كف اليد لليمين ولليسار	*تقويه الرسخ *مرونه مفصل الرسخ	

١٨	دفع الحائط باليدين	*تقويه الكتف *رفع كف اليد للاعلى *تقويه الرسخ	
١٩	الانحناء المائل بالتحميل على الذراعين والوسط على الارض	*تقويه عضلات اليدين والذراعين *مرونه الظهر *مرونه الجذع	
٢٠	التعلق لمده ١٠ث	*تقويه عضله الكتف * استطاله عضلات الذراعين *استعاده المدى الحركى لمفصل للكتف	سلم الحائط او العقله
٢١	المشى داخل منظم الخطوات	*تعليم التبديل اثناء المشى *تنميه التوازن	منظم الخطوات
٢٢	المشى داخل منظم الخطوات مرتفع من الجانبين	*تنميه التوازن *نمط احادى *تقويه عضلات القدمين	منظم الخطوات مكعبات خشب
٢٣	المشى داخل مسار محدد	*تنميه التوازن	منظم الخطوات

٢٤	المشى فوق لوح خشب على الارض	تنميه عنصر التوازن	لوح خشب
٢٥	صعود ونزول السلم الارضى	*تنميه التوازن *تقويه عضلات القدمين *نمط احادى تبادلى	السلم الارضى
٢٦	تعديه حواجز مرتفعه عن الارض ٣٠س	*تنميه التوازن *نمط احادى *تقويه عضلات القدمين	حواجز
٢٧	المشى على ارض غير مستويه	*تنميه الاتزان *تقويه عضلات القدمين	كيس رمله
٢٨	الصعود على لوح مائل ارتفاع ٥٠س	* تقويه عضلات القدمين * تنميه عنصر التوازن	لوح خشبى
٢٩	النزول من على لوح مائل للخلف	* تقويه عضلات القدمين * تنميه التوافق العضلى العصبى * تنميه الاتزان	لوح خشبى
٣٠	المشى للامام بين (الاقماع – كور طبيه)	*تنميه التازر البصرى الحركى * الثبات والاتزان	اقماع او كور طبيه

		* الادراك الحركى	
٣١	المشى على فوق مقعد سويدى	*تنميه التوازن *تنميه الوعى بالجسد فى الفراغ	مقعد سويدى
٣٢	الاستلقاء على الظهر وفتح القدمين قليلا	*مرونه مفصل الحوض	
٣٣	المشى على الالوالح الخشبيه للامام وللخلف	*تنميه التوازن *التوافق العضلى العصبى	لوح خشبى
٣٤	صعود لوح خشبى مائل بالخلف والنزول باللامام	*تنميه الاتزان *تقويه عضلات القدمين	الوح خشبيه
٣٥	تمرين اللوح الغير ثابت	*تنميه الاتزان	لو ح خشبى مكعبات
٣٦	الوقوف والقدمين فى مستوى الكتف لوح الاتزان	*تنميه الاتزان	لوح الاتزان

٣٧	المشى للخلف داخل منظم الخطوات	* تنميه التوافق الحركى * الاتزان اثناء نقل القدم	منظم الخطوات
٣٨	تعديه حواجز مرتفعه عن الارض مع ارتداء اثقال	*تنميه التوازن *تقويه عضلات القدمين	اثقال حواجز
٣٩	صعود سلم ونزول سلم الحائط مع التبديل	*تنميه التوافق العضلى العصبى *تقويه عضلات الذراعين *تقويه عضلات القدمين	سلم الحائط
٤٠	ركوب العجله الثابته والتبديل بالقدمين واليدين	*تقويه عضلات القدمين *تقويه الذراعين *تنميه التوافق العضلى العصبى	العجله الثابته
٤١	الجلوس الطويل فتحا ونقل كور من اقصى اليمين الى اقصى الشمال	*تقويه الجذع *مرونه الجذع	كور بلاستيك صغيره
٤٢	شد حبل مربوط بثقل	*تقويه عضلات اليدين والذراعين *تقويه اطراف الاصابع	حبل قطن اثقال

		*التازر البصرى الحركى	
٤٣	التبديل باليدين على الاستاند بار والجسم فى وضع افقى والقدمين للاعلى	*استعاده المدى الحركى لمفصل الكتف *تقويه عضلات الظهر *تقويه عضلات البطن	الاستاند بار
٤٤	الوقوف على الركبتين والتبديل باليدين على الاستتاند بار والوقوف الكامل	*الثبات والاتزان *استعاده المدى الحركى لمفصل الكتف *تقويه القدمين	الاستاند بار
٤٥	الوقوف ورفع قدم واحده بالسند على سلم الحائط	تنميه الاتزان	سلم الحائط
٤٦	تقليد ماشيه الجمل	*تقويه عضلات الجسم * زياده التوافق الحركى	
٤٧	المشى فوق مكعبات خشبيه	*تنميه الاتزان	مكعبات خشبيه
٤٨	المشى داخل دوائر بلاستيك مرتفعه عن	*تنميه الاتزان *التازر البصرى الحركى	دوائر بلاستيك

	الارض		
٤٩	جمع كور من على الارض ووضعها داخل باسكت معلق اعلى مستوى الراس	*استطاله المدى الحركى للمفصل *تنميه التازر البصرى الحركى	باسكت كور بلاستيك/حبل
٥٠	التعلق لمده ١٠ث	*تقويه عضله الكتف * استطاله عضلات الذراعين *استعاده المدى الحركى لمفصل للكتف	سلم الحائط او العقله
٥١	الجلوس فتحا ورمى كره على الحائط واستلمها	تنميه التازر البصرى الحركى تقويه الذ راعين	كره باسكت اوكره طبيه
٥٢	قلب اطار سياره خارجى للامام باطراف الاصابع من وضع الجثو الى الوقوف	*تقويه اطراف الاصابع *تقويه عضلات الجسم	اطارسياره خارجى
٥٣	المشى الزجزاجى بين الاقماع	*تنميه الرشاقه *تنميه الاتزان	اقماع

٥٤	رمى دوائر داخل عمود	*تنميه الدقه *تنميه التازرالبصرى الحركى	عمود دوائر بلاستيك
٥٥	الوثب داخل اطواق للامام	*تنميه الرشاقه *تقويه القدمين	دوائر بلاستيك
٥٦	الوثب فتح وضم للامام داخل اطواق	*تازر بصرى حركى *تقويه عضلات القدمين	دوائر بلاستيك
٥٧	المشى داخل نفق	*تقويه عضلات الذراعين واليدين *تنميه الادراك الحركى	نفق
٥٨	المشى حافيا على مكعبات بملامس مختفله	*تنميه الاتزان *التنبه لعضلات الكاحل	مكعبات
٥٩	الصعود على لوح مائل وتعديه حواجز	*تنميه الاتزان *التازر البصرى الحركى	لوح خشبى مكعب /حواجز /اقماع
٦٠	المشى على المشايه الكهربائيه ومسك عصايه من الخلف واليدين مفردوتين	*استطاله الذراعين *تنميه الاتزان	مشايه عصايه

٦١	المشى على المشايه الكهربائيه ونقل الاقماع من اليمين ليسار والعكس	*تنميه الاتزان *التازر البصرى الحركى	مشايه اقماع
٦٢	الوقوف على مكعب والثبات لمدة ١٠ث	تنميه الاتزان	مكعب
٦٣	المشى على اربع على المشايه الكهربائيه	*تنميه التوافق العضلى العصبى *تنميه القوه العضليه	مشايه
٦٤	الوقوف بقدم واحده على مكعب والقدم للامام	تنميه الاتزان	مكعب
٦٥	الوقوف على مكعبين متوازين بالقدمين لمده ١٠ث	تنميه الاتزان	مكعبين
٦٦	نقل اثقال والمشى بيها مسافه لاتقل عن ١٠امتار	تنميه القوه العضليه	اثقال كور طبيه
٦٧	المشى للخلف على المشايه الكهربائيه واستلام وتسليم كوره	*تازر بصرى حركى *توافق عضلى عصبى	مشايه كوره باسكت

	باسكت باليدين		
٦٨	المشى للخلف على المشايه الكهربائيه ونقل اقماع او كور من اليمين لليسار والعكس	*تازر بصرى حركى *توافق عضلى عصبى	مشايه اقماع
٦٩	التمدد على البطن على مقعد سويدى وشد الجسم باليدين للامام	تقويه اطراف الاصابع تقويه الذراعين واليدين	مقعد سويدى
٧٠	المشى على المشايه الكهربائيه للخلف ورمى كور داخل باسكت للامام على بعد ١ م	*توافق عضلى عصبى *تازر بصرى حركى	مشايه كور/باسكت
٧١	المشى للامام على كعب الرجل	*تنميه التوازن *استطاله مفصل الكاحل والسمانه	
٧٢	الوقوف والثبات على الويدج	*استطاله مفصل الكاحل	ويدج
٧٣	الجلوس القرفصاء على الويدج	*تنميه الاتزان *استطاله القدمين	ويدج

٧٤	الزحف من تحت حواجز مرتفعه عن الارض	*توافق عضلى عصبى *تقويه عضلات الجسم	حواجز
٧٥	الوثب فى المكان	*تقويه عضلات القدمين	
٧٦	الوثب على الترامبلين	*تنميه التوازن *تقويه عضلات القدمين	ترامبلين
٧٧	المشى على شريط لاصق على الارض	*تنميه الاتزان التازر البصرى الحركى	شريط لاصق
٧٨	رفع مكعبات كبيره الحجم وتقلها من مكان لاخر	*تقويه عضلاي اليد والذراعين * تازر بصرى حركى	مكعبات
٧٩	رفع دلو ملى ء بالماء وتفريغه فى دلو اخر	تقويه عضلاي اليد والذراعين * تازر بصرى حركى	دلو
٨٠	دفع اطار سياره خارجى للامام	*تقويه عضلات الجسم	اطار سياره

٨١	ضرب بالونه فى الهواء والتقاطها باليدين	تازر بصرى حركى	بالونه
٨٢	ضرب كره معلقه بحبل خفيفه الوزن	تازر بصرى حركى	كره حبل
٨٣	المشى على مقعد سويد ى للامام ونقل كور صغيره وعند نهايه المقعد رمى الكره داخل باسكت	توازن/تازر بصرى حركى دقه	مقعدسويدى كور باسكت
٨٤	المشى على لوح خشبى مائل ومسك عصا باليدين للخلف	توازن استطاله لعضلات الذراعين	مقعد سويدى عصا
٨٥	الجرى وحمل اكياس رمل لمد ٥د	زياده التحمل والكفاءه العضليه	اكياس رمل
٨٦	حمل بلونه براحه اليد والمشى بها للامام	توافق عضلى عصبى تازر بصرى حركى	بلونه
٨٧	وضع بلونه على مضرب خشبى والمشى	توافق عضلى عصبى تازر بصرى حركى	بلونه

	بها للامام		
٨٨	المشى الزجزاجى بين الاقماع	رشاقه تازر بصرى	اقماع
٨٩	الجرى الترددى بين الاقماع	تغير اوضاع الجسم سرعه انتقاليه	اقماع
٩٠	المشى الزجزاجى بين الاقماع على شكل متاهه	زياده الانتباه والتركيز	اقماع
٩١	تصويب الكره بين قمعين	تنميه الدقه	اقماع
٩٢	لعبه البولينج	تنميه الدقه تازر بصرى حركى	لعبع البولينج
٩٣	ضرب كره تنس معلقه بحبل بمضرب خشبى	دقه تازر بصرى حركى	مضرب /كره تنس حبل
٩٤	ركل كره من الثبات	توازن دقه	كره
٩٥	رمى كور تمرينات باوزان مختلفه لاقصى	تنميه التحمل والقوه العضليه	كورتمرينات

	مسافه للامام		
٩٦	شد اطار سياره خارجى مربوط بحبل	تقويه اطراف الاصابع تنميه القوه العضليه	اطار سياره حبل
٩٧	الوثب من فوق مكعب خشبى	تنميه الرشاقه التوازن	مكعب خشبى
٩٨	الوثب من فوق حاجز خشبى على الارض	تنميه توازن رشاقه	حواجز
٩٩	الوثب للامام واستلام وتسليم كره للمدرب	سرعه رد فعل رشاقه	كره
١٠٠	الوثب داخل اطواق للامام على بعد مسافات محتلفه	رشاقه اقويه القدمين	دوائر بلاستيك

استماره التقيم :

- من الثبات الى الحركة :

م	الهدف	العمر	القياس		
			١	٢	٣
١	الوقوف على قدم واحدة ٣ ثوانى	٣١ - ٣٢ شهر			
٢	الوقوف على قدم واحدة ٥ ثوانى	٤٢ ـــ ٤٤ شهر			
٣	الوقوف على مشط القدم	٤٣ ـــ ٤٤ شهر			
٤	الوقوف على قدم واحدة واليدين فى الوسط	٤٥ ـــ ٤٦ شهر			
٥	الوقوف على مشط الاقدام لمدة ٨ ثوانى	٥١ ـــ ٥٢ شهر			
٦	الوقوف على مشط الاقدام ١٠ ثوانى لكل قدم واليد فى الوسط	٥٣ ـــ ٥٤ شهر			
٧	تحريك الذراعين من وضع الوقوف (تقليد)	٥٧ ـــ ٥٨ شهر			
٨	الوقوف على قدم واحدة مع التبديل ١٠ ثوانى لكل قدم	٥٩ ـــ ٦٠ شهر			
٩	الجلوس من الرقود فى ٣٠ ثانيه ٣ تكرارات	٥٩ ـــ ٦٠ شهر			
١٠	الجلوس من الرقود فى ٣٠ ثانيه ٥ تكرارات	٦٨ ـــ ٧٢ شهر			
١١	من وضه الانبطاح دفع الارض مع فرد الذراعين ٨ دفعات	٧٢ شهر			

- من الحركة الى الحركة :

م	الهدف	العمر	القياس		
			١	٢	٣
١	صعود السلم بمساعدة سور السلم ٤ خطوات	١٥ – ١٦ شهر			
٢	المشى بسرعة مسافة ١٠ خطوات	١٧ – ١٨ شهر			
٣	المشى للخلف مع مسك اداه تشدها للخلف مسافة ٥ خطوات	١٧ – ١٨ شهر			
٤	نزول السلم بمساعدة شخص ٤ خطوات	١ – ١٨ شهر			
٥	المشى للخلف مستقل ٥ طوات	١٧ – ١٨ شهر			
٦	الجرى مسافة ١٠ خطوات	١٩ – ٢٠ شهر			
٧	المشى عللى خط مستقيم (لاصق) ٣ خطوات	١٩ – ٢٠ شهر			
٨	المشى للجنب ١٠ خطوات	٢١ – ٢٢ شهر			
٩	المشى على خط مستقيم (لاصق) ٦ خطوات	٢١ – ٢٢ شهر			
١٠	القفز بكلتا القدمين للامام اعلى خط (لاصق)	٢٣ – ٢٤ شهر			
١١	القفز فى المكان لاعلى بكلتا القدمين (قفزتين)	٢٣ – ٢٤ شهر			
١٢	القفقز لاسف من مكان عالى مسافة ١٠ سم	٢٣– ٢٤ شهر			
١٣	صعود السلم بدون مساعدة سور السلم ٤ خطوات لاحضار لعبة محببه له	٢٣ – ٢٤ شهر			

١٤	نزول السلم بدون مساعدة سور السلم ٤ خطوات	٢٥ – ٢٦ شهر			
١٥	المشى للخلف بدون ملامسة الكعب لاطراف الاصابع ١٠ خطوات	٢٥ – ٢٦شهور			
١٦	القفز لاعلى مع لمس علامة على الحائط	٢٥ – ٢٦ شهر			
١٧	المشى على خط مستقيم (لاصق) اليدين فى الوسط مسافة ٣ خطوات	٢٧ – ٢٨ شهر			
١٨	صعود السلم اربع خطوات بمساعدة سور السلم	٢٧ – ٢٨ شهر			
١٩	القفز لاسفل باستخدام كرسى مسافة ٢٠ سم	٢٩ – ٣٠ شهر			
٢٠	المشى على اطراف الاصابع ٥ خطوات	٢٩ – ٣٠ شهر			
٢١	الجرى بسرعة بين نقطتين مسافة ٣٠ خطوة فى ٦ ثوانى	٢٩ – ٣٠ شهر			
٢٢	القفز للامام من اعلى خط على الارض (لاصق) مسافة ٢٤ سم	٣١– ٣٢ شهر			
٢٣	القفز لاسفل باستخدام كرسى مسافة ٢٥ سم	٣١ – ٣٢ شهر			
٢٤	القفز للامام من اعلى حبل مسافة ١٠ سم	٣١– ٣٢ شهور			
٢٥	المشى على اطراف الاصابع على خط مستقيم واليدين فى الوسط مسافة ٨ خطوات	٣٣ – ٣٤ شهر			

٢٦	الجرى بسرعو مسافة ٢٠ متر فى ٦ سوانى	٣٧ – ٣٨ شهر			
٢٧	القفز للامام من على خط (لاصق) مسافة ٤٠ سم	٣٩ – ٤٠ شهر			
٢٨	الجرى مسافة ٢٠ متر مع تبدادل حركة الذراعين	٤١ – ٤٢ شهر			
٢٩	المشى على خط مستقيم (لاصق)مسافة ٨ خطوات واليدين فى الوسط	٤١ – ٤٢ شهر			
٣٠	نزول السلم مستقل ٤ خطوات	٤٣ – ٤٤ شهر			
٣١	القفز على قدم واحدة اعلى خل (لاصق) مسافة ١٠ سم	٤٣ – ٤٤ شهر			
٣٢	القفز لاعلى مع لمس الحائط مسافة ٢ م (اعلى مساه ممكنة)	٤٥ – ٤٦ شهر			
٣٣	الجرى ثم الثبات مسافة ١٠م	٤٥ – ٤٦ شهر			
٣٤	القفز للامام اعلى شريط لاصق مسافة ٦٠سم	٤٧ – ٤٨ شهر			
٣٥	الحجل ٥ مرات على قدم واحدة	٤٧ – ٤٨ شهر			
٣٦	المشى للخلف على شريط لاصق ٥ خطوات	٥١ – ٥٢ شهر			
٣٧	الدحرجة الاماميه	٥١ – ٥٢ شهر			
٣٨	القفز مسافة ١ متر	٥٣ – ٥٤شهر			
٣٩	من وضع الوقوف القفز لاعلى والدوران للخلف القفز مسافة ٥ سم عن الارض	٥٣ – ٥٤ شهر			

٤٠	الجرى مسافة ١٠ م والعودة لنفس المكان	٥٣ – ٥٤ شهر			
٤١	القفز اعلى حبل يعلو عن الارض مسافة ٢٠ سم	٥٧ – ٥٨ شهر			
٤٢	تخطى ٤ عوائق	٥٧ – ٥٨ شهر			
٤٣	القفز للجنب اعلى شريط لاصق مسافة ٢ م	٥٩ –٦٠ شهر			
٤٤	تخطى ١٠ عوائق	٦١ – ٦٢ شهر			
٤٥	الحجل مسافة ٢٠ خطوة	٦٣ – ٦٤ شهر			

– اللعب بالاشياء :

م	الهدف	العمر	القياس		
			١	٢	٣
١	من وضع الجلوس التقاط كرة من مسافة ١ ونصف	١٢ شهر			
٢	من وضع الجلوس دفع الكرة مسافة ١ متر	١٣ شهر			
٣	من وضع الوقوف القاء كرة بيد واحدة من اعلى لاسفل مسافة ١ متر	١٣ شهر			
٤	ركل الكرة من الثبات مسافة ١ متر	١٥ – ١٦ شهر			
٥	القاء كرة صغيرة من وضع الوقوف مسافة ٢ متر	١٥ – ١٦ شهر			
٦	ركل الكرة على هدف مسافة ٢ م	١٥ – ١٦ شهر			
٧	من وضع الوقوف رمى الكرة من اسف	٢٣ – ٢٤ شهر			

	لاعلى مسافة ١ متر				
٨	من وضع الوقوف التقاط الكرة من مسافة ١ ونص متر	٢٥ – ٢٦ شهر			
٩	ركل الكرة من وضع المشى مسافة ٥٠ سم	٢٩ – ٣٠ شهر			
١٠	من وضع الوقوف رمى الكرة على هدف مربع مرسوم على الحائط مسافة ٢ متر	٣٩ – ٤٠ شهر			
١٢	ركل الكرة من الحركة على هدف مسافة ١ م	٥١ – ٥٢ شهر			
١٣	من وضع الوقوف دفع كرة صغيرى للارض ثم استلامها مرة اخرى مرة واحدة	٦٨– ٦٩ شهر			

انشطة آلتازر البصرى الحركى فى المجال الحركى :

م	**النشاط**	**الادوات**
١	نقل كور جولف صغيره بمعلقه من وعاء لو عاء اخر	معلقه – كورجولف – وعاءين
٣	نقل كور جولف بمعلقه بيده واحده والمشى ١٠م ووضعها داخل وعاء اخر	معلقه – كور جولف – وعاء
٤	نقل كور جولف بمعلقتين باليدين والمشى ١٠ م ووضعها داخل وعاء اخر	معلقه – كور جولف – وعاء

٥	تسديد كره باسكت على الحائط والامساك بها خلال ارتددها	كوره باسكت
٦	دحرجه اطار سياره خارجى على الارض مسافه ١٠ م	اطار سياره خارجى
٧	المشى مع حمل اناء به ماء باليدين معا	اناء –ماء
٨	رمى دوائر داخل عمود او وتد	دوائر – عمود
٩	رمى كور صغيره داخل باسكت موضوع على الارض	باسكت – كور صغير ه
١٠	حمل بالونه على مضر ب خشبى ومسك المضرب بيده واحد ه والمشى مسافه ١٠م للامام	بالونه –مضرب خشبى
١١	متابعه ليزر او كشاف فى غرفه مظلمه	ليزر او كشاف
١٢	بناء برج من المكعبات الغير متداخله	مكعبات غير متداخله
١٣	لعبه التصويب على البولينج	لعبه البولينج
١٤	رمى بالونه للاعلى ولتقاطها	بالونه
١٥	جمع كور من على الارض ووضعها فى باسكت مرتفع اعلى الراس	باسكت – كور –حبل

١٦	استلام وتسليم كره مع زميل	كره
١٧	ضرب كره تنس معلقه بحبل باليدين	كره تنس
١٨	ضرب كره تنس معلقه بمضرب خشبى	كره تنش – مضرب خشبى
١٩	المشى على اليدين	
٢٠	بناء برج من المكعبات المتداخله	مكعبات متداخله
٢١	فك برج من المكعبات المتداخله	مكعبات متداخله
٢٢	ازحه دوائر معلقه داخل حبل للامام	دوائر – حبل
٢٣	دحرجه كره باسكت على الارض باليدين	كره باسكت
٢٤	نقل الماء من وعاء الى اخر عن طريق اسفنجه	وعاء – اسفنجه
٢٥	تتبع كره من الشمال لليمين والعكس	كره
٢٦	التصفيق باليدين	
٢٧	نقل خرز او حبوب من وعاء لوعاء اخر بمعلقه	وعاء – حبوب – معلقه

انشطه آلتازر البصرى الحركى فى المجال الوظيفى :

م	الانشطه	الادوات
١	التصفيق باليدين	
٢	فرك اليدين مفرودتين	
٣	فرك اليدين مفرودتين بينهم قلم	قلم
٤	تمزيق منديل باليدين	منديل
٥	بناء برج من المكعبات الخشبيه	مكبات خشبية
٦	خلع وتركيب مشابك على حبل او طبق	حبل –مشابك
٧	خلع وتركيب المشابك على عمود راسى	عمود راسى –مشابك
٨	خلع وتركيب غطاء برطمان	برطمان
٩	لضم خرز داخل خيط	خرز –خيط
١٠	عمل اشكال مختفه من المكعبات (هرم –جسر برج)	مكعبات
١١	وضع خله الاسنان فى علبه منقوبه	علبه –خله اسنان
١٢	رص حلقات داخل واتد واخرجها	لعبه الاوتداد
١٣	نقل الماء من وعاء لوعاء بالاسفنجه	
١٤	نقل الماء من وعاء لوعاء بالقطاره	
١٥	فتح وغلق السوسته	

١٦	التقاط الاقراص المستديره ووضعها داخل لعبه الكونكت فور	
١٧	نقل الخزر من وعاء لوعاء بلمقاط لعبه البولينج	
١٨	ضرب فقعات الهواء باليدين	
١٩	نقل مكعب من يد الى اليد الاخرى	
٢٠	نقل البلى او الخزر بالمعلقه من وعاء لوعاء	
٢١	اخراج كور البينح من وعاء به ماء	
٢٢	التقاط خرز ووضعه فى وعاء فوهه صغيره	
٢٣	قذف كره على سله على بعد متر	
٢٤	نقل الماء من كوب لاخر	
٢٥	رص الاطباق فى المطبقيه	
٢٦	يسير باصبعه داخل متاهه خشبيه	
٢٧	استخدام الشاكوش والمسامير الخشبيه	
٢٨	المشى على اليدين	
٢٩	ضرب كره معلقه باليد	

المــراجـــــع :

ابتسام الفردان. (٢٠٠٥). **بحث في الشلل الدماغي** . الرابع من ديسمبر. http:/www.66n.com

أحمد السيد محمد إسماعيل. (١٩٩٣). **مشكلات الطفل السلوكية أساليب معاملة الوالدين.** إسكندرية. الفكر الجامعي .

إسعاد عبد العظيم البنا. (١٩٨٣). دراسة لبعض العوامل العقلية وغير العقلية للأطفال المعوقين حركياً وصحياً والمتطلبات النفسية والتربوية لرعايتهم. **رسالة دكتوراه.** كلية التربية. جامعة المنصورة.

الين جيرالز. (٢٠٠٣). **الأطفال المصابون بالشلل الدماغي دليل الآباء** . ترجمة بيداء على العبيدي. مراجعة محمد جهاد جمل. غزة . دار الكتاب الجامعي.

جابر عبد الحميد و علاء الدين كفافي. (١٩٩٥). **معجم على النفس والطب النفسي** . الجزء السابع . القاهرة . دار النهضة العربية .

جمال الخطيب . (١٩٩٢) . **الشلل الدماغي دليل الآباء والمعلمين.** عمان . الجامعة الأردنية.

داليا مؤمن . (٢٠٠٤). **الأسرة والعلاج الأسري** . القاهرة. دار السحاب.

راسل. ن . كاسيل .(١٩٩٠) . **قائمة ملاحظة سلوك الطفل** . إعداد مصطفى محمد كامل. القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية .

رجاء محمد شقير. (١٩٩٩) . الاحتياجات التعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة مع التركيز على المصابين بالشلل الدماغي . **رسالة ماجستير.** معهد الدراسات والبحوث التربوية . قسم أصول التربية . جامعة القاهرة .

روزماري لامبي ، ديبي دانيلز– مورنج . (٢٠٠١) . **الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الحاجات الخاصة .** الأسس النظرية . ترجمة علاء الدين كفافي. ج١. القاهرة . دار قباء .

روزماري لامبي، ديبي دانيلز مورنج . (٢٠٠٣). **الإرشادي الأسري للأطفال ذوي الحاجات الخاصة . الفنيات وأساليب التدخل** . ترجمة علاء الدين كفافي و مايسه النيال . ج٢. القاهرة. دار قباء .

زكريا أحمد الشربيني. (١٩٩٤) . **المشكلات النفسية عند الأطفال** . القاهرة . دار الفكر العربي.

سميرة أبو الحسن . (٢٠٠٤) . **الأداء الوظيفي الأسري دراسة مقارنة لعينات متباينة من أسر الأطفال العاديين وذوي الحاجات الخاصة** . المؤتمر السنوي الحادي عشر لمركز الإرشاد النفسي . جامعة عين شمس . الشباب من أجل مستقبل أفضل. ٢٥-٢٧ ديسمبر. ص١٢٤٩ - ص١٣٢٨.

شاكر قنديل . (١٩٩٦) . **الإستجابات الإنفعالية السلبية لأباء الأطفال المعاقين عقلياً ومسؤلية المرشد (دراسة تحليلية)** . بحوث المؤتمر الدولى الثالث . " الإرشاد النفسي في عالم متغير" . مركز الإرشاد النفسي . جامعة عين شمس . ص٦٢٥- ٦٤٢ .

شذى الجندي . (١٩٩٣) . **الذكاء والقدرات العقلية عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي** . جمعية رعاية الأطفال المصابين بالشلل الدماغى . الأردن .

صالح حزين السيد . (١٩٩٦) . **سيكوديناميات العلاقة الأسرية النظرية - النموذج - التكنيك** . كلية الآداب . جامعة عين شمس .

عادل عبد الله محمد . (٢٠٠٠) . **العلاج المعرفى السلوكى أسس و تطبيقات**. القاهرة . دار الرشاد .

عادل كمال السيد خضر . (١٩٨٦) . دراسة رسم الطفل لنفسه مع الاتزان كدلالة على مدى التكيف الشخصي والاجتماعي . **رسالة ماجستير**. المكتبة المركزية. جامعة عين شمس.

عبد الرحمن سليمان . (١٩٩٧) . **الإعاقة البدنية (المفهوم– التطبيقات – الأساليب العلاجية)** . القاهرة . مكتبة زهراء الشرق .

عبد الستار إبراهيم . (١٩٩٤) . **العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث أساليبه و ميادين تطبيقه** . ط٢ . القاهرة . دار الفجر للنشر و التوزيع .

عبد الله الصبي . (٢٠١٤) . **أطفال الخليج ذوى الإحتياجات الخاصة** . الشلل الدماغي . الثاث من أبريل . http:/www.gulf kids. Com .

عبد الله عسكر . (١٩٩١) . **اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين** . القاهرة .الأنجلو المصرية.

عبد الحكيم بن جواد المطر. (١٩٩٦) . **التربية البدنية التأهيلية والشلل الدماغي** . القاهرة . دار الفكر العربي.

عبد الرحمن العيسوي . (١٩٩٠) . **أمراض العصر** . الإسكندية . دار المعرفة الجامعية .
عبد المنعم الحفني . (١٩٩٤) . **موسوعة علم النفس** . القاهرة . مكتبة مدبولي .
عبد الوهاب محمد كامل . (١٩٨٩) . **المكونات العاملية لتقدير الذات** . مجلة كلية التربية . جامعة طنطا . ع ٣٣ . يناير. ص ١٧٣ - ٢١٤
عبد الوهاب محمد كامل . (١٩٩٣) . **بحوث في علم النفس** . القاهرة . النهضة العربية.
عثمان لبيب فراج . (١٩٩٦) . **الحياة الطبيعية حق للمعوق** . اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين جمهورية مصر العربية . النشرة الدورية . العدد ٤٠.
عثمان لبيب فراج . (١٩٩٦) . **الحياة الطبيعية حق للمعوق إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين لجمهورية مصر العربية** .النشر الدورية . العدد ٤٧ . سبتمبر.
فرج عبد القادر طه . (١٩٩٣) . **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي** . القاهرة . دار سعاد الصباح .
فتحي السيد عبد الرحيم . (١٩٨٠) . **سيكولوجية الأطفال غير العاديين** . الأطفال المصابين بالشلل الدماغي . الكويت . دار القلم .
فتحي السيد عبد الرحيم . (١٩٩٠) . **سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة** . ط٤. الكويت . دار القلم .
فيولا الببلاوى . (١٩٩٨). **مشكلات الأطفال والمراهقين أبناء الشهداء والأسرى الكويتيين وحاجتهم الأرشادية**. الكويت . مكتب الأنماء الإجتماعي – الديوان الأميري.
كرستين مايلز . (١٩٩٤) . **التربية المختصة دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليًا** . ج١. ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع .
مارون كرم . (٢٠٠١) . **الشلل الدماغي . الطريق** . بيروت . مركز توفيق طبارة للنشر .

مريم ثابت عبد الملاك . (٢٠٠٢) . الصفحة المعرفية لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي المعاقين عقلياً وغير المعاقين عقلياً . دراسة مقارنة . **رسالة ماجستير** . كلية الآداب . قسم علم نفس . جامعة عين شمس .

محمود حمودة . (١٩٩١) . **الطفولة والمراهقة- المشكلات النفسية والعلاج** . القاهرة . دار المعارف.

محمود عطا حسين . (١٩٩٣) . تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى طلاب الجامعة . **مجلة دراسات نفسية** . م٣ . ع٣ . القاهرة . رابطة الأخصائيين النفسيين .

مصطفى فهمي، علي السيد القطان . (١٩٧٩) . **التوافق الشخص والاجتماعي** . القاهرة . مكتبة الخانجي .

Bedell,Jeffrey R.and Lennox ,Shelley S . (1997) . *Handbook For Communication and Problem-Solving Skills Training*.John Wiley Sons . Inc.New York.

Dattilio,Frank.M and Freeman,Arther . (1994) . *Cognitive Behavioral Strategies in Crisis Inteervention* .The Guilford Press . New york.

Delambo, Kirsten (2003). *The impacts of cystic fibrosis on the family:The linkage between family functioning and treatment adherence*, Dissertation Abstracts International . 63B) . 5510 .

Diamond, Karen E, Kontos, Susan. (2004) . Families resources and accommodations: toddlers with. Down syndrome, cerebral palsy, and developmental delay . *journal of Early*. Intervention . Vol. 26 (4) . sum . P. P. 253 – 265 .

Heru, Alison l, Patrek ,G . (2004) . Family functioning in the caregivers of patients with dementia . International

Journal of Genetic Psychiatry . Vol. 19 (6), p.p 533 – 537 .

89- Hurlouk, E. B . (1984) . **Child Development**, McGraw, Hill . 6Ed . New-York .

Lin,-Shu-Li . (2000) . **Coping and Adaptation in Families of Children with Cerebral Palsy** . FILE: EJ in The ERIC Database 1992-2003 .

Lindal Dunlop . (1997) . **Introduction to early childhood Special education.**

Miyahara,-Motohide; Piek,-Jan . (2006) . **Self-Esteem of Children and Adolescents with Physical Disabilities**. Quantitative Evidence from Meta-Analysis .